

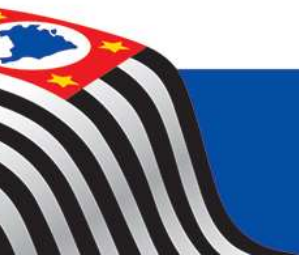
## ARTRITE REUMATÓIDE

Portaria conjunta nº 16, de 03 de setembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

### Medicamentos

- [Abatacepte 125 mg injetável – seringa preenchida \(utilização por via subcutânea\)](#)
- [Adalimumabe 40 mg injetável – seringa preenchida](#)
- [Azatioprina 50 mg – comprimido](#)
- [Baricitinibe 2 mg e 4 mg - comprimido](#)
- [Certolizumabe pegol 200 mg/mL injetável – seringa preenchida](#)
- [Ciclosporina 25 mg, 50 mg e 100 mg – cápsula; 100 mg/mL solução oral – frasco de 50 mL](#)
- [Cloroquina 150 mg – comprimido](#)
- [Etanercepte 25 mg – frasco-ampola; 50 mg – seringa preenchida](#)
- [Golimumabe 50 mg injetável – seringa preenchida](#)
- [Hidroxicloroquina 200mg e 400 mg – comprimido](#)
- [Infliximabe 10 mg/mL injetável – frasco-ampola com 10 mL](#)
- [Leflunomida 20 mg – comprimido](#)
- [Metotrexato 25 mg/mL – injetável, ampola de 2 mL; 2,5 mg – comprimido](#)
- [Naproxeno 250 mg e 500 mg – comprimido](#)
- [Rituximabe 500 mg injetável – frasco-ampola de 50mL](#)
- [Sulfassalazina 500 mg – comprimido](#)
- [Tocilizumabe 80 mg – frasco-ampola](#)
- [Tofacitinibe 5 mg - comprimido](#)

ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 19/10/2021)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## CID's contemplados

M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

## Relação de exames necessários para dispensação dos medicamentos nos locais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado de São Paulo

### 1ª solicitação

#### **PARA ABATACEPTE, ADALIMUMABE, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, RITUXIMABE, TOCILIZUMABE, TOFACITINIBE:**

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizada nos últimos 12 meses;
- Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico) realizada nos últimos 12 meses;
- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B), realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia - Anti-HCV (Anti-Vírus da Hepatite C) ou teste rápido, realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
  - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
  - [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#), ou equivalente (teste IGRA).
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.

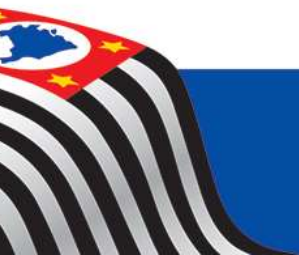
#### **PARA AZATIOPRINA, CLOROQUINA, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, NAPROXENO, SULFASSALAZINA:**

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico), realizado nos últimos 12 meses;
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.

#### **PARA CLOROQUINA E HIDROXICLOROQUINA:**

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;

ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 19/10/2021)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico), realizado nos últimos 12 meses;
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.
- Avaliação oftalmológica

### Renovação da Continuidade

**PARA ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFLIXIMABE, RITUXIMABE, SULFASSALAZINA, TOFACITINIBE:**

**Semestralmente:**

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

**PARA CICLOSPORINA:**

**Semestralmente:**

- Dosagem sérica – creatinina.

**PARA CLOROQUINA, HIDROXICLOROQUINA:**

**Semestralmente:**

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

**A critério do médico prescritor:**

- Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, com avaliação oftalmológica.

**PARA LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, NAPROXENO:**

**Semestralmente:**

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – creatinina.

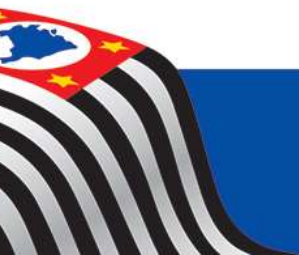
**PARA TOCILIZUMABE:**

**Semestralmente:**

- Hemograma;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

**Anualmente:**

ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 19/10/2021)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald.

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

Orientações quanto ao acesso aos medicamentos ibuprofeno, prednisona e prednisolona devem ser obtidas junto as Secretarias Municipais de Saúde.

O medicamento metilprednisolona, administrado por via intravenosa, integra procedimento ambulatorial – média complexidade da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses Materiais do SUS (03.03.02.001-6 – Pulsoterapia I (por aplicação)).

O medicamento metilprednisolona, administrado intra-articular, integra procedimento ambulatorial – média complexidade da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses Materiais do SUS (03.03.09.003-0 – Infiltração de substâncias em cavidade sinovial).

O medicamento ciclofosfamida, administrado por via intravenosa, integra procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS (03.03.02.002-4 – Pulsoterapia II (por aplicação)).

ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 19/10/2021)

