



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

CNS:

Telefone: ()

INDICAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO, conforme Nota Técnica CAF nº 04, de 23 de julho de 2018

CID-10: () Artrite reumatoide (M050.0, M05.3, M05.8, M06.0, M.06.8) () Artrite reumatoide juvenil (M.08.0)

Etapa do tratamento:

() 2º etapa / Fase 03

Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso):

Fase 01: _____

Fase 02: _____

() 3ª etapa / Fase 04

Esquema terapêutico com MMCD biológico utilizado na 2ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso):

MMCD biológico solicitado no LME:

- () abatacepte 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)
- () etanercepte 50 mg – seringa preenchida / etanercepte 25 mg – frasco-ampola
- () golimumabe 50 mg injetável – seringa preenchida
- () rituximabe 500 mg injetável – frasco-ampola de 50mL
- () tocilizumabe 20 mg/ml injetável – frasco-ampola de 4mL
- () abatacepte 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE MELHOR RELAÇÃO CUSTO-MINIMIZAÇÃO

Preencher todos os campos que antecedem o medicamento biológico solicitado no LME

Medicamento (em ordem crescente, iniciando pela melhor relação custo- minimização)	Uso anterior do medicamento?	
certolizumabe pegol 200 mg/mL injetável – seringa preenchida	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
adalimumabe 40 mg injetável – seringa preenchida	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
infliximabe 10 mg/mL injetável – frasco-ampola com 10mL	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
abatacepte 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa)	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	
etanercepte 50 mg – seringa preenchida / etanercepte 25 mg – frasco-ampola	() Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: () Eventos adversos () Falha terapêutica	() Não. Devido à: () Contraindicação () Especificidades clínicas ou farmacológicas
	Justifique: _____	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

JUSTIFICATIVA DA IMPOSSIBILIDADE DE PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS DE MELHOR RELAÇÃO CUSTO-MINIMIZAÇÃO

Preencher todos os campos que antecedem o medicamento biológico solicitado no LME

Medicamento (em ordem crescente, iniciando pela melhor relação custo-minimização)	Uso anterior do medicamento?	
golimumabe 50 mg injetável – seringa preenchida	<input type="checkbox"/> Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: <input type="checkbox"/> Eventos adversos <input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Não. Devido à: <input type="checkbox"/> Contraindicação <input type="checkbox"/> Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
rituximabe 500 mg injetável – frasco-ampola de 50mL	<input type="checkbox"/> Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: <input type="checkbox"/> Eventos adversos <input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Não. Devido à: <input type="checkbox"/> Contraindicação <input type="checkbox"/> Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
tocilizumabe 20 mg/ml injetável – frasco-ampola de 4mL	<input type="checkbox"/> Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: <input type="checkbox"/> Eventos adversos <input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Não. Devido à: <input type="checkbox"/> Contraindicação <input type="checkbox"/> Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
abatacepte 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)	<input type="checkbox"/> Sim, o motivo da interrupção do tratamento foi: <input type="checkbox"/> Eventos adversos <input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Não. Devido à: <input type="checkbox"/> Contraindicação <input type="checkbox"/> Especificidades clínicas ou farmacológicas
Justifique:		
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO PRESCRITOR		
Nome:		
CRM:	Telefone: ()	
Assinatura:	Data: ___ / ___ / _____	