

METOTREXATO

Espondilite Ancilosante

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 25 mg/mL – injetável, ampola de 2 mL e 2,5 mg – comprimido

CID contemplados: M45, M46.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 25 mg/mL – 5 frascos-ampola / 2,5 mg – 60 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 25 mg/mL – 5 frascos-ampola / 2,5 mg – 60 comprimidos

Grupo de financiamento: 1A

Observações: —

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

METOTREXATO – ESPONDILITE ANCILOSANTE (Atualizado em 11/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:
 - VHS (Velocidade de Hemossedimentação), realizado nos últimos 6 meses;
 - Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
 - Hemograma com contagem de plaquetas realizado nos últimos 3 meses;
 - Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
 - Laudo/relatório médico de Radiografia ou Ressonância Magnética de articulações ou HLA-B27, realizado nos últimos 12 meses.

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (pág. 18).

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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

À critério do médico prescritor:

 - [Escala BASDAI \(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index\)](#).
 - VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
 - Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa).

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.