

## UPADACITINIBE

## Artrite Reumatoide

Portaria conjunta n.º 16, de 03 de setembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

## Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 15 mg – comprimido revestido de liberação prolongada.**CID contemplados:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 15 mg uma vez ao dia com ou sem alimento.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 31 comprimidos.

**Grupo de financiamento:** 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.**Observações:**

- Idade mínima: 18 anos;
- Contraindicado em pacientes com insuficiência hepática grave;
- Recomenda-se utilizar método contraceptivo eficaz durante o tratamento e manter no mínimo por até 4 semanas após a última dose;
- Recomendações para o rastreamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da TB, com Derivado Proteico Purificado (PPD) – o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional ([Nota informativa n.º 01/2023-CGDR/.DCCI/SVS/MS](#)).

## 1ª Solicitação

## Documentos necessários para solicitação do medicamento

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.

UPADACITINIBE – ARTRITE REUMATOIDE (Atualizado em 24/01/2023)

# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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
  1. Documento de identidade e CPF;
  2. Comprovante de residência com CEP;
  3. Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
  - Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico;
  - 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;
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacético).
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).
  - 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 teste IGRA ([formulário para teste IGRA](#)).

#### A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
  - $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

### 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).

UPADACITINIBE – ARTRITE REUMATOIDE (Atualizado em 24/01/2023)



## COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

### 3. Cópia dos exames:

#### Semestralmente:

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

#### A critério do médico prescritor:

- Para pessoas em idade fértil com possibilidade de engravidar:
  - $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) com data de emissão inferior a 30 dias ou documento de esterilização.

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.