

CERTOLIZUMABE PEGOL

Artrite Reumatoide

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200 mg/mL injetável – seringa preenchida**CIDs contemplados:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 400 mg nas semanas 0, 2 e 4. Após manter 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 semanas.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 6 seringas

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

- Idade mínima – 18 anos;
- conservar em temperatura de 2°C a 8°C;
- Recomendações para o rastreio 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](#)).

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.

CERTOLIZUMABE PEGOL – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 26/01/2023)

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).
4. Cópia dos exames:
 - 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 (Antivírus 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 teste IGRA ([formulário para teste IGRA](#)).
 - Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (páginas 19 do protocolo).

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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

CERTOLIZUMABE PEGOL – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 26/01/2023)

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

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.