



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ABATACEPTE

Artrite Reumatoide

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

CIDs contemplados: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação:

Utilização por via subcutânea:

> 18 anos: 125 mg a cada semana

Para faturamento (SIGTAP): 125 mg: 5 frascos-ampola.

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

Observações:

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;

Idade mínima: 125 mg – 18 anos;

Atenção: Considerando o desabastecimento de Abatacepte 125 mg seringa preenchida e Abatacepte 250 mg injetável frasco ampola nas Farmácias de Medicamentos Especializados do Estado do Amazonas, reforçamos que sejam realizadas as substituições previstas nas diretrizes do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil vigentes.

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 REUMATOLOGISTA responsável pelo atendimento ao paciente. Informar o

seguinte esquema terapêutico:

- ✓ Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso) ou
- ✓ Esquema terapêutico com MMCD biológico utilizado na 2ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso).

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 REUMATOLOGISTA 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:
 - Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa) ou VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
 - Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas realizado nos últimos 12 meses;
 - Fator reumatóide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico);
 - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).
 - Testes sorológicos (HIV, HEPATITE B, HEPATITE C) realizado nos últimos 12 meses;
 - Informar o Índice de Atividade da doença (ICAD).
5. 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).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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