

ADALIMUMABE

Artrite Idiopática Juvenil

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

Dosagem/ Apresentação: 40 mg injetável – seringa preenchida; 40 mg injetável – frasco-ampola

CID contemplados:

40 mg injetável - seringa preenchida – M08.0

40 mg injetável – frasco-ampola (para pacientes pediátricos - 02 a 18 anos, com doses inferiores a 40 mg): M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação:

2 anos, 10 a 30 kg = 20 mg, a cada 2 semanas

4 anos, >30 kg = 40 mg, a cada 2 semanas

Adultos = 40 mg, 2

vezes ao mês

Para faturamento (SIGTAP): 3 seringas; 3 frascos-ampola

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

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Idade mínima: 40 mg injetável – seringa preenchida: 02 anos; 40 mg injetável – frasco-ampola – 02 a 18 anos.

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;
 - 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 reumatoide 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);
 - Informar o Índice de Atividade da doença.
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 dos exames:

Semestralmente:

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