



CICLOSPORINA

Dermatite atópica

PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 28, de 27 de NOVEMBRO de 2025

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: : cápsulas de 25 mg, 50 mg e 100 mg; solução oral de 100 mg/mL

CIDs contemplados: L20.0/L20.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação** (recomenda-se):

- Na fase aguda: 3 a 5 mg/kg/dia, dividida em duas doses diárias (manhã e noite)

- Na fase de manutenção: 2,5 a 3 mg/kg/dia, dividido em duas administrações por via oral.

- **Para faturamento (SIGTAP): 25mg (496 cápsulas) 50mg (744 capsulas) 100mg (372 cápsulas)**

Grupo de financiamento: 2 - Aquisição pelo Estado do Amazonas

Observações: — A utilização deste medicamento é recomendada para pacientes com dermatite atópica moderada a grave, orientando-se prescrever a menor dose capaz de controlar a doença com o objetivo de minimizar a ocorrência de eventos adversos, com utilização recomendada por período de até 02 anos contínuos, preferencialmente não ultrapassando 8 a 12 meses de uso.

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.
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;

CICLOSPORINA (DERMATITE ATÓPICA) ATUALIZADO EM 13/04/2026.

- Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- Diagnóstico de Hanifin e Rajka ([protocolo](#));
 - Escala para avaliação da gravidade da dermatite atópica ([protocolo](#));
- À critério do médico prescritor (Trimestralmente):
- Hemograma;
 - Dosagem sérica de Creatinina;
 - Dosagem sérica de Ureia;
 - Monitoramento de pressão arterial.
5. 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).
3. Cópia dos documentos pessoais do paciente;
 - Comprovante de residência com CEP.
4. Cópia dos exames: Semestralmente
 - Dosagem sérica de Creatinina;
 - Dosagem sérica de Ureia.