



## ADALIMUMABE

### Uveítes não Infecciosas

Portaria conjunta nº 13, de 11 de setembro de 2019 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem/ Apresentação:** 40 mg injetável - seringa preenchida

**CIDs contemplados:** H30.1, H30.2, H30.8, H20.1, H15.0

**Quantidade máxima mensal:**

**Para dispensação:** 80 mg por via subcutânea, após, 40 mg por via subcutânea em semanas alternadas

**Para faturamento (SIGTAP):** 7 seringas

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

**Observações:**

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C. Idade mínima: 6 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 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.
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:

- **Relatório médico** de exame oftalmológico clínico, descrevendo:
  - Alterações oculares compatíveis com o quadro de uveítes;
  - Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade;
  - Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos;
  - Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade.
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
  - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
  - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente.
- Hemograma;
- Dosagem sérica – AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

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).

3. Cópia dos documentos pessoais do paciente:

- Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

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