



# AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

## VEDOLIZUMABE

### Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta nº 09, de 12 de setembro de 2024 ([Protocolo na íntegra](#))

### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 300 mg/ml injetável – frasco-ampola

**CIDs contemplados:** K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

**Quantidade máxima mensal:**

**Para dispensação:** 300mg, administrado por infusão intravenosa nas semanas 0, 2 e 6 e, depois, a cada 8 semanas. Em pacientes adultos que apresentarem redução na resposta, pode-se considerar aumento na frequência do tratamento para 300 mg de vedolizumabe a cada 4 semanas.

**Para faturamento (SIGTAP):** 2 frascos-ampola.

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

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C, protegido da luz.

**Idade mínima:** 18 anos.

É contraindicado para pacientes com infecções graves, tais como tuberculose ativa ou latente, septicemia, citomegalovirose, listeriose ou infecção oportunista, como leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)

## 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 (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.
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:
  - Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU;
  - Dosagem sérica – AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) e ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
  - Dosagem sérica – creatinina;
  - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
    - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
    - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA)
5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (pág. 24).



## 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:

Trimestralmente:

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