

ADALIMUMABE

Psoríase

Portaria conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 40 mg injetável – seringa preenchida

CIDs contemplados: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação:

Dose inicial: 80 mg

Dose de manutenção: 40 mg em semanas alternadas, iniciando na semana seguinte à dose de ataque.

Após 16 semanas de tratamento, se a resposta for insuficiente, a dose pode ser aumentada para 40 mg a cada 7 dias ou 80 mg a cada 14 dias. Caso não ocorra melhora clínica após 12 semanas do aumento da dose, o tratamento deve ser interrompido. Se houver resposta adequada ao tratamento, a dose deve ser reduzida para 40 mg a cada duas semanas.

Para faturamento (SIGTAP): 7 seringas preenchidas

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

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C - Idade mínima: 06 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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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 descrevendo falha, intolerância ou contraindicação ao uso da terapia padrão **e um dos** critérios abaixo:
 - Escore PASI (Psoriasis Área and Severity Index);
 - Porcentagem de acometimento da superfície corporal;
 - DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico);
 - Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas);
 - Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses;
 - Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses
 - Sorologia – Anti HCV (Antivírus da Hepatite C);
 - Sorologia – Anti HIV (Antivírus da Imunodeficiência Humana);
 - Sorologia – HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B);
 - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico).ou equivalente (teste IGRA).

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização.

A critério médico:

- Hemograma completo.
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica de proteína C reativa (PCR);
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Dosagem sérica de creatinina;
- Sumário de urina (EAS – elementos anormais e sedimento).

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 exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica de TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- Dosagem sérica de creatinina;
- Hemograma.

A critério médico:

- Dosagem sérica de proteína C reativa (PCR);
- Sedimento urinário e urocultura.