

CERTOLIZUMABE PEGOL

Espondilite Ancilosante

Portaria Conjunta SAS/MS/SCTIE nº 25, de 22 de outubro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200mg/ml injetável – seringa preenchida;

CIDs contemplados: M45, M46.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação:

Utilização por via subcutânea:

Dose de indução de 400mg (duas aplicações de 200mg nas semanas 0, 2 e 4). Após, 200mg a cada duas semanas ou 400mg a cada quatro semanas.

Para faturamento (SIGTAP): 6 seringas.

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

Observações: Idade mínima – 18 anos. Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

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.

CERTOLIZUMABE PEGOL (ESPONDILITE ANCILOSANTE) ATUALIZADO EM 29/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Dosagem sérica de PCR (Proteína C Reativa);
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica do ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de Creatinina;
- Sorologia (Anti-HCV, HbsAG e Anti-HIV);
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA). (página 15)
- Laudo/relatório médico de Radiografia ou Ressonância Magnética de articulações sacro ilíacas ou HLA-B27.

5. Não é necessário [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).

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM**



3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de creatinina;

À critério do médico prescritor:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Escala BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index);
- Dosagem sérica de PCR (Proteína C Reativa).