

INFLIXIMABE

Artrite Psoríaca

Portaria conjunta nº 37, de 21 de janeiro de 2026 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg/mL injetável – frasco-ampola com 10mL

CIDs contemplados: M07.0, M07.2, M07.3

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 5 mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, e após, manter a dose a cada 8 semanas
- **Para faturamento (SIGTAP):** 5 frascos-ampola

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

Observações: Conservar em temperatura de 2°C a 8°C; Idade mínima: 06 anos
Ao administrar infliximabe, utilizar 1 kit de infusão para cada 3 unidades 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 REUMATOLOGISTA OU DERMATOLOGISTA pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - Documento de identidade;

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica de PCR (Proteína C Reativa);
- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de Creatinina;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA);
- Testes sorológicos (HIV, HEPATITE B, HEPATITE C).

5. É necessário apresentar o 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).

Cópia dos exames:

Semestralmente

- Hemograma com contagem de plaquetas;

INFLIXIMABE (ARTRITE PSORÍACA) ATUALIZADO EM 29/09/2026.

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



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