

INFLIXIMABE

Espondilite Ancilosante

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

Informações gerais

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

CIDs contemplados: M45, M46.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 5 mg/kg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2, 6 e, depois, 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.

Ao administrar infliximabe, utilizar 1 kit de infusão para cada 3 unidades do medicamento.

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

INFLIXIMABE (ESPONDILITE ANCILOSANTE) ATUALIZADO EM 02/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/

- 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 – 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);
- Laudo/relatório médico de Radiografia ou Ressonância Magnética de articulações sacro ilíacas ou HLA-B27.

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).

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Comprovante de residência com CEP;

INFLIXIMABE (ESPONDILITE ANCILOSANTE) ATUALIZADO EM 02/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/

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:

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