

METOTREXATO

Espondilite Ancilosante

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 25, de 22 de outubro de 2018.

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 25 mg/mL – injetável, ampola de 2 mL

CIDs contemplados: M45, M46.8

- **Quantidade máxima mensal:**
- **Para dispensação: 25mg/mL:** 5 frasco-ampola; 2,5mg: 60 comprimidos
- **Para faturamento (SIGTAP):** 25mg/mL: 5 frascos-ampola; 2,5mg: 60 comprimidos

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

Observações: --

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:

METOTREXATO (ESPONDILITE ANCILOSANTE) ATUALIZADO EM 16/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Velocidade de Hemossedimentação (VHS) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- 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);
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico;
- Laudo/relatório médico de Radiografia ou Ressonância Magnética de articulações ou HLA-B27;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA);
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
- Testes sorológicos (HIV, HEPATITE B, HEPATITE C);
- BETA HCG (MULHER <50 ANOS) **OBS: O exame deve ser apresentado em cada dispensação do medicamento.**

5. ATENÇÃO: 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.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

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



2. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - Comprovante de residência com CEP;
3. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
4. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

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

A critério do médico prescritor:

- Índice de BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index);
- Velocidade de Hemossedimentação (VHS) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
 - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).