

METOTREXATO

Psoríase

Portaria conjunta SAES/SCTIE/MS nº 18, de 14 de outubro de 2021

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 25 mg/ml – injetável, ampola de 2 ml; 2,5 mg – comprimido

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

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 25 mg/ml – 5 frascos-ampola / 2,5 mg – 60 comprimidos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 25 mg/ml – 5 frascos-ampola / 2,5 mg – 60 comprimidos

Grupo de financiamento: 1 A – 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:
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;

METOTREXATO (PSORÍASE) ATUALIZADO EM 21/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Relatório médico descrevendo **um dos** critérios:
 - Score PASI (Psoriasis Area 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.
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de Fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica de Bilirrubinas;
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Dosagem sérica de Ureia;
- Dosagem sérica de creatinina;
- Hemograma;
- Dosagem sérica de Albumina;
- Sorologia - Anti-HIV, HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B), Anti-HCV (Antivírus da Hepatite C) ou teste rápido, realizado nos últimos 12 meses;
- Sumário de urina;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
 - [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#) ou equivalente (teste IGRA);
 - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;

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.

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: Mensalmente:
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar)

Semestralmente:

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

A critério médico:

- Dosagem sérica de Albumina.