

# CERTOLIZUMABE PEGOL – Doença de Crohn

200 mg/mL injetável – seringa preenchida

Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017 (Protocolo na íntegra)

## Informações

**CIDs:** K50.0, K50.1, K50.8

**Quantidade máxima mensal:** Tratamento de indução e manutenção de remissão: 400 mg nas semanas 0,2, 4, e a cada 4 semanas após.

**Grupo de Financiamento:** 1A

## Documentação Necessária

### 1º 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.
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;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
  - Laudo médico com comprovação endoscópica, radiológica, cirúrgica ou anatomopatológica da doença;
  - Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB);
  - Reação de Mantoux (se possível);
  - Laudo de raio-X de tórax (se possível);
  - Hemograma com plaquetas;
  - Descrição dos tratamentos realizados e por quanto tempo;
  - TGO;
  - TGP.
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

# Renovação

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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
  - Hemograma com plaquetas
  - TGO
  - TGP
  - Pontuação do Índice de Harvey-Bradshaw (IHB)