

SULFASSALAZINA - Artrite Reativa - Doença de Reiter

500 mg – comprimido

Portaria SAS/MS nº 1150, de 11 de novembro de 2015 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: M02.3

Quantidade máxima mensal: 372 comprimidos

Grupo de Financiamento: 2

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:
 - Descrição clínica dos sinais e sintomas apresentados pelo paciente, e tratamentos prévios realizados
 - Hemograma com plaquetas
 - Exame qualitativo de urina (EQU)
 - Velocidade de hemossedimentação (VSG)
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, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Urina tipo I.

A critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – creatinina;
- Dosagem sérica – uréia.