

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.
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)