

GOLIMUMABE - Artrite Reumatoide

50 mg injetável – seringa preenchida

Portaria Conjunta nº15, de 11 de dezembro de 2017 (Protocolo na íntegra)

Informações

CIDs: M05.0, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

Quantidade máxima mensal: 50 mg, por via subcutânea, uma vez ao mês
Idade mínima – 18 anos

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);
 - CPF
4. Cópia dos exames:
 - teste de Mantoux
 - radiografia de tórax
 - HBsAg
 - anti-HCV
 - hemograma com plaquetas
 - TGO/AST
 - TGP/ALT
 - Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas apresentados (articulações acometidas e duração dos sintomas).
 - Descrição dos medicamentos já utilizados e tempo de tratamento
 - Descrição do Índice Combinado de Atividade da Doença (escore DAS28 [*Disease Activity Score*], escore SDAI [*Simplified Disease Activity Score*] **OU** escore CDAI [*Clinical Disease Activity Score*])

Exames RECOMENDADOS, que podem ser solicitados pelo perito:

- Fator reumatoide **OU** anti-CCP
- Proteína C reativa
- Velocidade de hemossedimentação
- Laudo de exame radiológico de mãos e punhos

5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Para pacientes em uso de golimumabe:

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 (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
Trimestralmente:
 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

Para pacientes novos – pacientes que iniciarão a etapa 2 (início do tratamento com MMCD biológico) e a etapa 3 (mudança de tratamento com MMCD biológico) da estratégia terapêutica (que não estavam em uso de golimumabe):

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 (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
Trimestralmente:
 - Hemograma;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).