

RISANQUIZUMABE

Psoríase

Portaria conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: Solução injetável de 75mg/0,83mL – seringa pronta.

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

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 150 mg nas semanas 0 e 4 e, depois, a cada 12 semanas, iniciando após a segunda dose.
- **Para faturamento (SIGTAP):** 4 seringas.

Grupo de financiamento: 1A – Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde.

Observações:

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C.
Idade mínima: 18 anos.

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.

RISANQUIZUMABE – PSORÍASE (Atualizado em 26/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Relatório médico descrevendo falha, intolerância ou contraindicação ao ADALIMUMABE e um dos critérios abaixo:
 - 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;
- Sorologia – Anti HCV (Antivírus da Hepatite C); realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia – Anti HIV (Antivírus da Imunodeficiência Humana); realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia – HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B); realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa: realizado nos últimos 12 meses;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA);
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax PA e perfil;

Pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar:

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização.

A critério médico:

- Hemograma completo;
- Dosagem sérica – creatinina;
- Dosagem sérica de proteína C reativa – (PCR);
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – GGT (Gama glutamiltransferase);
- Fosfatase alcalina;

- Sumário de urina (EAS – elementos anormais e sedimentos);

RISANQUIZUMABE – PSORÍASE (Atualizado em 26/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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:

Semestralmente:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – creatinina;
- Hemograma.

A critério médico

- Proteína C Reativa (PCR).
- Sedimento urinário e urocultura;

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.