

CERTOLIZUMABE PEGOL

Artrite Psoríaca

Portaria conjunta nº 09, de 21 de maio de 2021. ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200mg/mL injetável (por seringa preenchida)

CIDs contemplados: M07.0, M07.2, M07.3

Quantidade máxima mensal: 6 seringas

- **Para dispensação:**

Utilização por via subcutânea:

400 mg (duas injeções de 200 mg cada), por via subcutânea, nas semanas 0, 2 e 4; posteriormente, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas.

- **Para faturamento (SIGTAP):** 6 seringas

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações: Idade mínima - 18 anos. Conservar em temperatura de 2º a 8ºC

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.

CERTOLIZUMABE PEGOL – ARTRITE PSORIACA (Atualizado em 26/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:
 - VHS (Velocidade de Hemossedimentação), realizado nos últimos 6 meses
 - Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizada nos últimos 6 meses;
 - Hemograma com contagem de plaquetas, realizado nos últimos 3 meses;
 - Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
 - Laudo/relatório médico de radiografia simples, ultrassonografia (USG), ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea de áreas acometida, realizado nos últimos 12 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, realizada nos últimos 12 meses:
 - Laudo/relatório médico da Radiografia de tórax;
 - [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#), ou equivalente (teste IGRA).

A critério do médico prescritor:

- [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).

CERTOLIZUMABE PEGOL – ARTRITE PSORIACA (Atualizado em 26/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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

À critério do médico prescritor:

- [Índice BASDAI \(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index\);](#)
- [Escala MASES \(Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score\);](#)
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa).

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.