

CICLOSPORINA

Psoríase

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 25 mg, 50 mg e 100 mg – cápsula; 100 mg/mL solução oral – frasco de 50 mL

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

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas /
100 mg/mL – 8 frascos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas /
100 mg/mL – 8 frascos

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo Estado de São Paulo

Observações: —

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

CICLOSPORINA - PSORÍASE (Atualizado em 25/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Relatório médico descrevendo **um dos** critérios:
 - escore PASI (Psoriasis Área 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

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

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

A critério médico:

- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses; P 28 PCDT
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – fosfatase alcalina, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – bilirrubinas, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – Colesterol total, realizado nos últimos 3 meses.
- Dosagem sérica – triglicérides, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica - LDL (Low Density Lipoproteins), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – HDL (High Density Lipoprotein), realizado nos últimos 3 meses;
- Hemograma completo, realizado nos últimos 3 meses:
- Dosagem sérica – uréia, realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – creatinina, realizado nos últimos 3 meses;
CICLOSPORINA - PSORÍASE (Atualizado em 25/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Sumário de urina, realizado nos últimos 3 meses.
- Dosagem sérica – sódio, realizado nos últimos 3 meses.
- Dosagem sérica – magnésio, realizado nos últimos 3 meses.
- Dosagem sérica – potássio, realizado nos últimos 3 meses.
- Dosagem sérica – ácido úrico, realizado nos últimos 3 meses.
- Sorologia - Anti-HIV (Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana), realizado nos últimos 12 meses.
- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B), realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia - Anti-HCV (Anti-Vírus da Hepatite C) ou teste rápido, realizado nos últimos 12 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA).
- Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;

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

Anualmente:

- Clearance de creatinina.

A critério médico:

- Sumário de urina.
- Perfil lipídico (HDL, LDL, triglicerídeos).

CICLOSPORINA - PSORÍASE (Atualizado em 25/07/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Dosagem sérica – magnésio.

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.

CICLOSPORINA - PSORÍASE (Atualizado em 25/07/2022)

