

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO PSORÍASE – CID: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

### DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

### INFORMAÇÕES/EXAMES

#### **LAUDO (Todos os medicamentos):**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM: DESCRIÇÃO CLÍNICA DOS SINAIS E SINTOMAS, INCLUINDO INÍCIO DOS SINTOMAS, EXTENSÃO DAS LESÕES, E ACOMETIMENTOS (PALMO-PLANTAR, UNGUEAL, ÁREAS ESPECIAIS); ESCORE PASI, DLQI; TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS UTILIZADOS.

#### **PARA SOLICITAÇÃO DE CALCIPOTRIOL, APRESENTAR:**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO CONFOME DESCRIÇÃO ACIMA;

#### **PARA SOLICITAÇÃO DE ACICRETINA, APRESENTAR :**

- CÓPIA DO EXAME DE BHCG PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE GAMA-GT (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE UREIA SÉRICA E CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE COLESTEROL E TRIGLICÉRIDES (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE GLICOSE (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL 180 DIAS);

#### **PARA SOLICITAÇÃO DE METOTREXATO, APRESENTAR:**

- CÓPIA DO EXAME DE BHCG PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE GAMA-GT (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE UREIA SÉRICA E CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE URINA (EAS) (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ALBUMINA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HEPATITE B (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HCV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HIV (VAL 180 DIAS);

- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;

**PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA, APRESENTAR:**

- CÓPIA DO EXAME DE BHCG PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE GAMA-GT (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE UREIA SÉRICA E CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DE EXAME DE URINA (EAS) (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE COLESTEROL E TRIGLICERIDEOS (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE ÁCIDO ÚRICO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SÓDIO SÉRICO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE POTÁSSIO SÉRICO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE MAGNÉSIO SÉRICO (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HEPATITE B (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HCV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HIV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS.

**PARA SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, SECUQUINUMABE, USTEQUINUMABE E RISANQUIZUMABE, APRESENTAR:**

- CÓPIA DO EXAME DE BHCG PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL (VAL 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TGO E TGP (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE GAMA-GT (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HEPATITE B (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HCV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE SOROLOGIA PARA HIV (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO LAUDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX (VAL 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DE EXAME DE URINA (EAS) (VAL 180 DIAS);

**INFORMACÕES IMPORTANTES**

**TROCA DE TERAPIA PARA PACIENTES COM CADASTRO ATIVO E EM CONTINUIDADE DE TRATAMENTO:** APRESENTAR SOMENTE OS EXAMES ESPECÍFICOS PARA O MEDICAMENTO QUE ESTÁ SENDO INCLUÍDO. OS EXAMES EM COMUM NÃO PRECISAM SER REAPRESENTADOS.



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO SALICÍLICO, ACITRETINA, ADALIMUMABE, ALCATRÃO MINERAL, CALCIPOTRIOL, CICLOSPORINA, CLOBETASOL, DEXAMETASONA, ETANERCEPTE, METOTREXATO, RISANQUIZUMABE, SECUQUINUMABE E USTEQUINUMABE.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **ácido salicílico, acitretina, adalimumabe, alcatrão mineral, calcipotriol, clobetasol, ciclosporina, dexametasona, etanercepte, metotrexato, risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe** indicados para o tratamento de **psoríase**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença;
- melhora da aparência das lesões na pele, com melhora da qualidade de vida.

Fui também informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

– **alcatrão mineral, dexametasona, calcipotriol, adalimumabe, risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);

– **ácido salicílico, clobetasol e ciclosporina:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);

– **acitretina e metotrexato:** medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado em gestantes ou em mulheres planejando engravidar);

– efeitos adversos do **ácido salicílico:** vermelhidão, ressecamento, queimadura, hiperpigmentação temporária, formação de crostas;

– efeitos adversos do **alcatrão mineral:** irritação da pele e queimação;

– efeitos adversos do **clobetasol:** piora da lesão, surgimento ou piora da coceira, inchaço, dor, ardor ou vermelhidão no local onde foi usado o medicamento; em casos de uso prolongado e em áreas extensas, alterações na pele, aumento do crescimento dos pelos no corpo, sinais e sintomas do excesso de hormônios da adrenal (aumento da pressão arterial, aparecimento de espinhas, estrias, inchaços, ganho de peso inesperado, dor óssea, problemas nos olhos, dor de cabeça);

– efeitos adversos do **calcipotriol:** eventualmente irritação local transitória, dermatite facial, com aparecimento de coceira, inchaço, dor, ardor ou vermelhidão na pele;

– efeitos adversos da **dexametasona:** sensação de ardência, coceira, irritações, securas, foliculite, hipertricose, erupções acneiformes, hipopigmentação, dermatite alérgica de contato, maceração da pele, estrias e brotoejas;

– efeitos adversos da **acitretina:** dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça, náusea, vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos, alteração do paladar,

sensibilidade aumentada à luz solar, unhas quebradiças, prisão de ventre, diarreia, cansaço, aumento do suor, elevação dos níveis de colesterol e triglicerídios; efeitos mais raros: cheiro anormal da pele, alergias na pele, inflamação da garganta, inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite);

– efeitos adversos do **metotrexato**: problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição no número de glóbulos brancos no sangue, diminuição no número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda do apetite, palidez, coceira, náusea e vômitos; mais raros e dependendo da dose utilizada: cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções;

– efeitos adversos de **ciclosporina**: problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, hipertensão, crescimento da gengiva, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas;

– efeitos adversos do **adalimumabe e etanercepte**: reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;

– efeitos adversos do **ustequinumabe, secuquinumabe e risanquizumabe**: reações no local da aplicação da injeção como dor e vermelhidão, tonturas, diarreia, vômitos, enjoos, nasofaringite, dor de cabeça, infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, coceiras, dores musculares e nas articulações;

– medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula; acitretina também é contraindicada em casos de alergia à vitamina A e seus derivados.

– alguns medicamentos biológicos aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada antes do início do tratamento pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para tratamento apropriado;

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

( ) ácido salicílico

( ) acitretina

( ) adalimumabe

( ) alcatrão mineral

( ) calcipotriol

( ) ciclosporina

( ) clobetasol

( ) dexametasona

( ) etanercepte

( ) metotrexato

( ) secuquinumabe

( ) risanquizumabe

( ) ustequinumabe

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		



## **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS**

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS  
(nome do paciente ou responsável)

nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,

**autorizo** o (a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
(nome do procurador ou portador)

**portador (a)** da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone de contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na  
unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura **Paciente/Responsável:** \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador/Portador (a):** \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### **Observações:**

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);