

JUSTIFICATIVA ADICIONAL PARA USO DE BIOLÓGICOS NA ARTITE REUMATOIDE SES/DF

O (a) Sr. (a) _____

PREENCHER SE NECESSÁRIO

A- NO CASO DA NÃO opção pela melhor relação de custo minimização SEQUENCIAL

B- NO CASO da indisponibilidade do PPD ou de tratamento prévio

A- NOTA TÉCNICA Nº 411/2018-CGCEAF/DAF/SCTIE/MS e o PCDT de Artrite Reumatoide (Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 15/2017) VIGENTE DIVULGADA PELO MS:

“De acordo com os últimos preços praticados nos contratos do Ministério da Saúde para esses medicamentos, **apresenta-se a seguir em ordem crescente iniciando pela melhor relação custo-minimização**, o custo anual de tratamento da artrite reumatoide por medicamento:”

* Opções disponibilizadas como primeira opção na fase 3 do tratamento (falha aos MMCD sintéticos) ou para aqueles que apresentarem falha terapêutica (Fase 4) ao uso de biológicos.

Ordem custo-minimização:

1. *Certolizumabe Pegol 200 mg
2. *Citrato de tofacicinibe 5 mg
3. * Adalimumabe 40 mg
4. Abatacepte 250 mg
5. Etanercepte 50 mg
6. Golimumabe 50 mg
7. Rituximabe 500 mg
8. Tocilizumbe 80 mg
9. Abatacepte 125 mg
10. *Infliximabe 100mg (por ser objeto de PDP, poderá também ser preferencialmente disponibilizado)

Ordem utilizada :

- 1- _____.() Falha; () Reação
- 2- _____.() Falha; () Reação
- 3- _____.() Falha; () Reação
- 4- _____.() Falha; () Reação
- 5- _____.() Falha; () Reação
- 6- _____.() Falha; () Reação
- 7- _____.() Falha; () Reação
- 8- _____.() Falha; () Reação

Nas situações que não for prescrito os medicamentos de melhor relação de custo minimização ou PDP, **JUSTIFICAR O MOTIVO** da **contraindicação** ao uso do medicamento prioritário, conforme a abordagem de custo-minimização apresentada **ou** da **NÃO opção pela melhor relação de custo minimização PELAS SEGUNTES RAZÕES ABAIXO:**

Contraindicação/reação adversa: _____

Falha de resposta terapêutica: _____

E/OU

Especificidades clínicas: _____

Especificidades farmacológicas: _____

Outro motivo: _____

B-PARA USO DE TERAPIA COM BIOLÓGICO, CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR O TESTE DE MANTOUX (TESTE DA TUBERCULINA), JUSTIFICAR OU INFORMAR RESULTADO DE OUTRO EXAME COMO SUBSTITUIÇÃO (POR EXEMPLO IGRA OU TC DE TORAX) OU INFORMAR SE JÁ REALIZOU TRATAMENTO PRÉVIO PARA TUBERCULOSE: _____