

TOFACITINIBE

Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta nº 20, de 22 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg – comprimido revestido

CIDs contemplados: K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 5 mg – 124 comprimidos

- Para faturamento (SIGTAP): 5 mg – 124 comprimidos

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

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

TOFACITINIBE – RETOCOLITE ULCERATIVA (ATUALIZADO EM 17/05/2022)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

4. Cópia dos exames:

- Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU realizado nos últimos 12 meses;
- Dosagem sérica – creatinina, realizado nos último 3 meses;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizado nos últimos 12 meses;
- Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
- Prova de Mantoux – PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA), realizado nos últimos 12 meses;

A critério do médico prescritor:

- [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

Renovação da Continuidade

- [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.

- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
- **Cópia dos exames:**
 - Dosagem sérica – creatinina;
 - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
 - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);

À critério do médico prescritor:

- [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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](#) 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;