

## SECUQUINUMABE

### Psoríase

Portaria Conjunta nº 18, de 14 de outubro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 150 mg/mL solução injetável (seringa preenchida)

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

**Quantidade máxima mensal:**

**- Para dispensação:**

Dose de ataque: 300 mg nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4 (cinco doses)

Dose de manutenção: 300 mg uma vez por mês

**- Para faturamento (SIGTAP):** 10 seringas preenchidas

**Grupo de financiamento:** 1 A – Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde.

**Observações:**

- Conservar em temperatura de 2°C a 8°C
- Idade mínima – 18 anos

#### 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 identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

**4. Cópia dos exames:**

- Relatório médico descrevendo falha, intolerância ou contraindicação ao ADALIMUMABE **e um dos** critérios abaixo:
  - Score PASI (Psoriasis Area 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
- 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, realizado nos últimos 12 meses:
  - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
  - [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#) ou equivalente (teste IGRA).

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

- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização

**A critério médico:**

- Hemograma completo.
- Dosagem sérica – creatinina.

- Dosagem sérica de proteína C reativa – (PCR).
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).
- Fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica – GGT (Gama Glutamiltransferase);
- Sumário de urina.

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 documentos pessoais do paciente;
  - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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

A critério médico:

- Dosagem sérica – proteína C reativa (PCR).
- Seguimento urinário e urocultura.

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.