

HIDROXICLOROQUINA

Artrite Reumatoide

PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 03 DE SETEMBRO DE 2021 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 400 mg – comprimido**CID contemplados:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 93 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 93 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 - Aquisições pelo Estado de São Paulo**Observações:** -

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

- [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.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
 - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de

HIDROXICLOROQUINA – ARTRITE REUMATOIDE (Atualização em 30/12/2024)

- 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:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico), realizado nos últimos 12 meses;
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.

A critério do médico prescritor:

- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
- o Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
- o [Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).
*Recomenda-se a realização de um ou mais exames diante de sinais clínicos ou suspeita de tuberculose.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Página 19 do Protocolo).

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 de documentos pessoais do paciente

HIDROXICLOROQUINA – ARTRITE REUMATOIDE (Atualização em 30/12/2024)

- 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, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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

À critério do médico prescritor:

- Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, com avaliação oftalmológica. A critério do médico prescritor:
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
o Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
[o Prova de Mantoux - PPD \(teste tuberculínico\)](#) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).
*Recomenda-se a realização de um ou mais exames diante de sinais clínicos ou suspeita de tuberculose.

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.