**SUS**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**

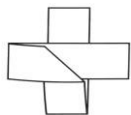


**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do**  
**Componente Especializado – ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF (obrigatório);
- Cópia do comprovante de residência atual;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde);
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante;
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data;
- LME - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo;
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Exames necessários para abertura e continuidade de processo para**  
**Artrite Reumatóide e Artrite Idiopática Juvenil**

ARTRITE REUMATÓIDE E ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (Protocolo MS)	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>Abatacepte 250mg injetável – intravenoso</b> (Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Abatacepte 125mg injetável - Subcutâneo</b> (Acima de 18 anos) ((Indisponível - <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Adalimumabe 40mg injetável - Frasco-ampola</b> (Uso pediátrico – 2 a 18 anos)  <b>Adalimumabe 40mg injetável – seringa</b>  <b>Azatioprina 50mg comp.</b>  <b>Baricitinibe 2mg e 4mg comp.</b> (acima de 18 anos)  <b>Certolizumabe pegol 200mg/ml - injetável</b> (acima de 18 anos)  <b>Ciclosporina 25mg e 50mg cáps.</b> (Temporariamente indisponível – <a href="#">Nota Técnica</a> )  <b>Ciclosporina 100mg cáps</b>  <b>Ciclosporina 100mg/mL sol. Oral (frasco de 50 ml)</b>  <b>Etanercepte 25mg e 50mg injet.</b>  <b>Golimumabe 50mg – injet.</b> (acima de 18 anos)  <b>Infliximabe 100mg injetável</b>  <b>Hidroxiclороquina 400mg comp.</b>  <b>Leflunomida 20mg comp.</b>  <b>Metotrexato 2,5mg comp. e 25mg/ml injetável</b>	<b>Para Todos:</b> - Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Laudo de imagem (Raio-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (<b>sem validade</b>).</li> </ul> - Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (<b>validade 3 meses</b>);</li> <li>o Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul> <b>Para Hidroxiclороquina:</b> - Avaliação oftalmológica ( <b>validade 1 ano</b> ).  <b>Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e Naproxeno:</b> - Creatinina e ureia ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>Para Abatacepte, Adalimumabe, Baricitinibe, Certolizumabe pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe, acrescentar:</b> - Exigido somente uma vez no início de qualquer um desses medicamentos, não necessário para substituição: <ul style="list-style-type: none"> <li>o PPD ou IGRA (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Laudo de Raio X de tórax (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV (<b>validade 1 ano</b>);</li> <li>o Creatinina (<b>validade 3 meses</b>).</li> </ul>	<b>Para todos os medicamentos:</b> - Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): <b>DAS 28 OU SDAI OU CDAI</b> . <b>Periodicidade:</b> Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral. - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP, creatinina. <b>Periodicidade:</b> Trimestral. Se remissão sustentada e sem eventos adversos, semestral  <b>Para Hidroxiclороquina:</b> - Avaliação oftalmológica. <b>Periodicidade:</b> Anual.  <b>Para Tocilizumabe:</b> - Colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos. <b>Periodicidade:</b> Semestral.	<b>M05.0 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M05.1 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M05.2 (somente para Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M05.3 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M05.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M06.0 exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M06.8 (exceto Azatioprina e Ciclosporina)</b>  <b>M08.0 (exceto Abatacepte 125mg injetável, Baricitinibe, Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe)</b>  Reumatologista (Preferencialmente)



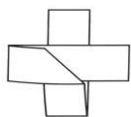
**SUS**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



<p><b>Naproxeno 500mg comp.</b></p> <p><b>Rituximabe 500mg F/A – injet.</b> (acima de 18 anos)</p> <p><b>Sulfassalazina 500mg comp.</b></p> <p><b>Tocilizumabe 20mg/ml</b></p> <p><b>Tofacitinibe 5mg – comp</b> (acima de 18 anos)</p> <p><b>Upadacitinibe 15 mg - comp.</b> (acima de 18 anos)</p> <p><a href="#">Documentação para abertura</a></p> <p>*atualizado em 29/12/2025</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Beta HCG (<b>validade 30 dias</b>) ou documento médico que ateste a esterilização (<b>sem validade</b>) em mulheres em idade fértil.</li></ul>		
---	--	--	--

**NOTA:** - O preenchimento completo do LME é imprescindível à abertura e continuidade do processo; - As informações sobre a clínica do paciente podem estar descritas no próprio LME ou em laudo médico a parte; - Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo. **OBS: PARA A DISPENSAÇÃO DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL É NECESSÁRIO TRAZER CAIXA DE ISOPOR PARA PRESERVAÇÃO DE SUA QUALIDADE DURANTE O TRANSPORTE, SEM A MESMA NÃO SERÁ POSSÍVEL ENTREGAR O MEDICAMENTO.**



**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Abatacepte, adalimumabe, azatioprina, baricitinibe, certolizumabe pegol, ciclofosfamida, ciclosporina, , etanercepte, golimumabe, hidroxiclороquina, infliximabe, leflunomida, metotrexato, naproxeno, rituximabe, sulfassalazina, tocilizumabe, tofacitinibe e upadacitinibe.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) responsável), responsável legal pelo paciente \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **abatacepte, adalimumabe, azatioprina, baricitinibe, certolizumabe pegol, ciclosporina, ciclofosfamida, etanercepte, golimumabe, hidroxiclороquina, infliximabe, leflunomida, metotrexato, naproxeno, rituximabe, sulfassalazina, tocilizumabe, tofacitinibe e upadacitinibe** indicados para o tratamento da artrite reumatoide.

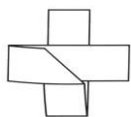
Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

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

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;
- melhora da qualidade de vida.

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

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável): infliximabe, etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe pegol e sulfassalazina (no primeiro trimestre);
- medicamentos classificados na gestação como categoria 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 do que os riscos): baricitinibe, hidroxiclороquina, ciclosporina, abatacepte, rituximabe, tocilizumabe, tofacitinibe e naproxeno (este último, nos primeiro e segundo trimestres de gestação);

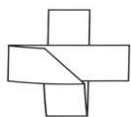


**SUS**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



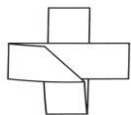
- medicamentos classificados na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos) sulfassalazina (no terceiro trimestre de gestação), ciclofosfamida e azatioprina. Naproxeno e demais antiinflamatórios não esteroidais também se apresentam nesta categoria quando utilizados no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto;
- medicamentos classificados na gestação como categoria X (estudos em animais ou em humanos claramente mostraram risco para o bebê que suplantam quaisquer potenciais benefícios, sendo contraindicados na gestação): leflunomida, e metotrexato;
- eventos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaquecas, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura;
- eventos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- eventos adversos de hidroxicloroquina: distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, escotomas, diminuição da acuidade visual e nistagmo; outras reações: problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náusea, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, diarreia, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), parada na produção de células brancas pela medula óssea (agranulocitose), diminuição de células brancas do sangue e de plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise); reações raras: miopatia, paralisia, zumbido e surdez;
- eventos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos 20 vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;
- eventos adversos da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia (aumento das mamas no homem);

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



- eventos adversos de adalimumabe, etanercepte e infliximabe: 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;
- eventos adversos de abatacepte: reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjoos e risco aumentado a uma variedade de infecções, como herpes-zóster, infecção urinária, gripe, pneumonia, bronquite e infecção localizada. A tuberculose pode ser reativada ou iniciada com o uso do medicamento e aumento de risco para alguns tipos de câncer (abatacepte). O vírus da hepatite B pode ser reativado (abatacepte);
- eventos adversos do certolizumabe pegol: Infecção bacteriana (incluindo tuberculose (pulmonar, extrapulmonar e disseminada) e abscessos), infecções virais (incluindo herpes, papilomavirus, influenza), desordens eosinofílicas, leucopenia (incluindo linfopenia e neutropenia), dor de cabeça (incluindo enxaqueca), anormalidade sensorial, náusea e vômito, hepatite (incluindo aumento das enzimas hepáticas), pirexia, dor (em qualquer local), astenia, prurido (em qualquer local), reação no local de injeção;
- eventos adversos do golimumabe: infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacterianas (tuberculose), fúngicas invasivas e oportunistas, reativação do vírus da hepatite B, insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios desmielinizantes do sistema nervoso central, pancitopenia, leucopenia, neutropenia, agranulocitose e trombocitopenia;
- eventos adversos da leflunomida: diarreia, náusea, vômitos, anorexia, distúrbios da mucosa bucal (por exemplo: estomatite aftosa, ulcerações na boca), dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos (por exemplo: transaminases, menos frequentemente gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubina), colite incluindo colite microscópica; elevação da pressão sanguínea. Leucopenia com contagem de leucócitos  $> 2 \times 10^9/L$  ( $>2 \text{ g/L}$ ); anemia, trombocitopenia com contagem de plaquetas  $<100 \times 10^9/L$  ( $<100 \text{ g/L}$ ). Cefaleia, vertigem e parestesia; distúrbios do paladar e ansiedade. Reações alérgicas leves (incluindo exantema maculopapular e outros), prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo. Urticária; perda de peso e astenia; hipopotassemia;
- eventos adversos do rituximabe: infecção do trato respiratório superior, infecções do trato urinário; bronquite, sinusite, gastroenterite, pé-de-atleta; neutropenia; reações relacionadas à infusão (hipertensão, náusea, erupção cutânea, pirexia, prurido, urticária, irritação na garganta, rubor quente, hipotensão, rinite, tremores, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema; edema generalizado, broncoespasmo, sibilo, edema na laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reação anafilactoide); hipercolesterolemia; cefaleia; parestesia; enxaqueca, tontura, ciática; alopecia; depressão, ansiedade; dispepsia, diarreia, refluxo gastroesofágico, úlcera bucal, dor abdominal superior; artralgia/dor; musculoesquelética, osteoartrite, bursite; níveis reduzidos de IgM; níveis reduzidos de IgG. Foi observada a ocorrência de condições cardíacas isquêmicas preexistentes que se tornam sintomáticas, como angina pectoris, bem como fibrilação e flutter atrial. Portanto, os pacientes com histórico de cardiopatia deverão ser monitorados atentamente;

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



- eventos adversos do tocilizumabe: reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, falta de ar, feridas na boca, aftas, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes simples e herpes zoster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídios);
- eventos adversos do baricitinibe: aumento da taxa de infecções, neutropenia, linfopenia, reativação viral, diminuições dos níveis de hemoglobina, aumentos nos parâmetros de lipídeos, aumento de aminotransferases/transaminases, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, perfuração gastrointestinal. O perfil de segurança em longo prazo do baricitinibe ainda não está bem estabelecido;
- eventos adversos do tofacitinibe: aumento da taxa de infecções, reativação viral, trombose venosa profunda, malignidade e distúrbio linfoproliferativo, perfurações gastrintestinais, hipersensibilidade, linfopenia, neutropenia, diminuição dos níveis de hemoglobina, aumento nos parâmetros lipídicos, elevação das enzimas hepáticas. O perfil de segurança em longo prazo do tofacitinibe ainda não está bem estabelecido;
- eventos adversos do upadacitinibe: aumento da taxa de infecções; reativação viral; neutropenia; linfopenia; anemia; aumentos nos parâmetros lipídicos; elevações de enzimas hepáticas; tromboembolismo venoso. O perfil de segurança em longo prazo do upadacitinibe ainda não está bem estabelecido;
- 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;
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula; e
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido.

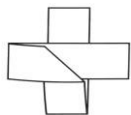
Sei também que continuarei a ser atendido(a) inclusive em caso de desistência do uso do(s) medicamento(s).

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 de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- ( ) abatacepte ( ) etanercepte ( ) naproxeno ( ) adalimumabe ( ) golimumabe ( ) prednisolona ( ) azatioprina ( ) hidroxiclороquina ( ) prednisona ( ) baricitinibe ( ) ibuprofeno ( ) rituximabe ( ) certolizumabe pegol ( ) infliximabe ( ) sulfassalazina
- ( ) ciclofosfamida ( ) leflunomida ( ) tocilizumabe ( ) ciclosporina ( ) metilprednisolona ( ) tofacitinibe ( ) cloroquina
- ( ) metotrexato ( ) upadacitinibe

**SUS**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL**



Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<div style="text-align: center;">_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal</div>			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
<div style="text-align: center;">_____ Assinatura e carimbo do médico</div> <div style="text-align: center;">Data: __/__/__</div> <p><b>Nota 1:</b> Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.</p> <p><b>Nota 2:</b> A administração intravenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS</p> <p><b>NOTA 3:</b> A administração intravenosa de ciclofosfamida é compatível com o procedimento 03.03.02.002-4 - Pulsoterapia II (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.</p>			



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg					
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm					
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
<div>13- <b>Atestado de capacidade*</b></div> <p>A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?</p> <div><input type="checkbox"/> NÃO    <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento</div> <div>Nome do responsável</div>							
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***: ☐ Paciente    ☐ Mãe do paciente    ☐ Responsável (descrito no item 13)    ☐ Médico solicitante  
☐ Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS		
22- Correio eletrônico do paciente		

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO