



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Orientações acerca da abertura de processo para fornecimento do medicamento *Hidroxicloroquina 400mg comprimido* para os pacientes não cadastrados no SUS portadores de Artrite Reumatóide, Lupus Eritematoso, Dermatomiosite e Polimiosite.

Prezado(s) usuário(s) do SUS,

Considerando o cenário vivido em torno da pandemia do COVID-19 e as dificuldades de acesso ao medicamento Hidroxicloroquina 400 mg comprimido no setor privado e a assistência médica médico ambulatorial.

Considerando que este medicamento está contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e disponível nas Farmácias Cidadãs Estaduais tendo critérios para seu fornecimento normatizados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde vigente para as seguintes condições clínicas: **Artrite Reumatóide**, **Lupus Eritematoso**, **Dermatomiosite** e **Polimiosite**.

Considerando o relato de pacientes que não estão conseguindo acesso ao medicamento em farmácias do setor privado e que o compromisso desta Secretaria de Estado da Saúde é sempre disponibilizar a melhor assistência aos usuários.

Informamos que os pacientes portadores das patologias relatadas poderão se cadastrar na farmácia cidadã do município onde reside, porém, **excepcionalmente** nesse momento de crise, nos próximos 3 meses serão exigidos somente os exames considerados imprescindíveis para avaliação do processo e segurança do paciente. Portanto, após um período de 90 dias, toda documentação obrigatória deverá ser apresentada. Desta forma, segue relação dos documentos necessários e orientação dos exames indispensáveis para abertura de processo, ao paciente já em uso de HIDROXICLOROQUINA para as indicações clínicas descritas acima:

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- 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. ([Modelo de Procuração](#)).
- **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/Autorização de Medicamentos do Componente Especializado](#). É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico, com as informações atualizadas da situação clínica do paciente.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

<p>ARTRITE REUMATÓIDE (Protocolo MS)</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p>	<p>Para Hidroxicloroquina:</p> <p>- Exigido somente uma única vez na abertura de processo, não necessário para substituição de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Laudo de imagem (Raios-X ou Ressonância Magnética) da(s) área(s) afetada(s) (validade 1 ano) – poderá ser entregue em até 3 meses;○ Fator reumatoide sérico OU anti-CCP (sem validade) – poderá ser entregue em até 3 meses. <p>- Necessário para abertura e nas substituições de medicamentos (indispensável – necessário apresentar na abertura):</p> <ul style="list-style-type: none">○ Índice Combinado de Atividade da Doença (ICAD): DAS 28 OU SDAI OU CDAI (validade 180 dias)○ Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP, Proteína C Reativa, VHS (validade 180 dias). <p>- Avaliação oftalmológica (validade 1 ano) – poderá ser entregue em até 3 meses;</p>	<p><u>Somente para Azatioprina, Ciclosporina e Tofacitinibe:</u></p> <p>M05.1 M05.2</p> <p><u>Exceto</u> Azatioprina, Adalimumabe F/A e Ciclosporina:</p> <p>M05.0 M05.3 M05.8 M06.0 M06.8</p> <p><u>Exceto</u> Certolizumabe, Golimumabe, Rituximabe, Abatacepte 125mg SC e</p> <p>Tofacitinibe:</p> <p>M08.0</p> <p><u>Somente para Adalimumabe F/A:</u></p> <p>M08.1 M08.2 M08.3 M08.4 M08.8 M08.9</p> <p>Reumatologista</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

<p>DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE (Protocolo MS)</p> <p>Hidroxicloroquina 400mg comp.</p>	<p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma (validade 180 dias) e AST/TGO e ALT/TGP – necessário apresentar na abertura; e- Creatinofosfoquinase (CPK) OU aldolase OU desidrogenase láctica (DHL) - (validade 90 dias) - poderá ser entregue em até 3 meses.- e- Eletroneuromiografia compatível com miopatia ou bióssia muscular (validade 1 ano) – caso tenha realizado, apresentar.- Exame oftalmológico (validade 1 ano) – poderá ser entregue em até 3 meses.	<p>M33.0 M33.1 M33.2 (exceto para hidroxicloroquina)</p> <p>Reumatologista</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (Protocolo MS)</p> <p>Hidroxicloroquina 400 mg comp.</p>	<p>Para Hidroxicloroquina:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hemograma completo, AST/TGO e ALT/TGP, Uréia e creatinina (validade 180 dias) – necessário apresentar na abertura.EAS, Complemento C3 e C4, Eletroforese de proteínas, Avaliação de autoanticorpos: anti-DNA nativo (validade 90 dias) – poderá ser entregue em até 3 meses.- FAN (sem validade) – poderá ser entregue em até 3 meses.- Avaliação oftalmológica (validade 1 ano) – poderá ser entregue em até 3 meses.	<p>L93.0 L93.1 M32.1 M32.8</p> <p>Reumatologista</p> <p>Os casos LES + NEFRITE poderão ser prescritos por Nefrologista.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vitória, 30/03/2020

Gabrieli Fernandes Freitas
Gerência de Assistência Farmacêutica – GEAF/SESA