



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

Elaboração: 2013

Última revisão: 09/2025

Próxima Revisão: 09/2027

Revisão: 06

PSORÍASE

CID 10: L40.0, L40.1, L40.4, L40.8

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, de 14 de outubro de 2021.

Informações Gerais

Este guia apresenta orientações referentes aos medicamentos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O correto seguimento das instruções aqui descritas contribui para a efetividade terapêutica e maximiza os benefícios clínicos do tratamento.

Medicamentos CEAF

- Acitretina 10 e 25mg, cápsula;
 - Ciclosporina 25, 50 e 100mg cápsula e 100 mg/ml, solução oral ;
 - Metotrexato 2,5 mg comprimido e 25 mg/ml, solução injetável;
 - Calcipotriol 50 mcg/g, pomada;
- DMARDs Biológicos**
- Etanercepte 25 e 50 mg, solução injetável;
 - Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;
 - Secuquinumabe 150 mg/mL, caneta preenchida;
 - Ustequinumabe 45 mg/0,5mL, seringa preenchida;
 - Risanquizumabe 150mg/mL caneta preenchida – 1 mL.

Documentos Pessoais a serem apresentados (originais e cópias)

- () Carteira de identidade com foto (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (originais e cópias)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);</p> <p>() Receita Médica, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;</p> <p>() Laudo médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico e informar em porcentagem (%) o quanto da superfície corporal está sendo acometido (escore PASI e/ou DLQI);</p> <p>() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;</p> <p>() Laudo Psoríase.</p>	<p>() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (Em qualquer alteração na terapêutica, as informações devem ser registradas no campo "Anamnese". Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para detalhamento);</p> <p>() Receita Médica, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento.</p> <p>() Laudo Médico, necessário apenas em casos de alteração da prescrição, deve conter justificativa clínica para a alteração.</p>

Exames (cópias)

<input checked="" type="checkbox"/> Solicitação inicial	<input checked="" type="checkbox"/> Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>Para todos:</p> <p>() Hemograma com plaquetas</p> <p>() Creatina sérica</p> <p>() AST (Transaminase Glutâmico – Oxalacética – TGO)</p> <p>() ALT (Transaminase Glutâmico – Pirúvica – TGP)</p> <p>() Fosfatase Alcalina</p> <p>() Gama GT</p> <p>() Anti-HCV (exceto para acitretina)</p> <p>() HbsAg (exceto para acitretina)</p> <p>() Anti-HBC (exceto para acitretina)</p> <p>() Anti-HIV (exceto para acitretina)</p> <p>() Exame Qualitativo de urina (EQU) (exceto para acitretina)</p> <p>Adicionalmente:</p>	<p>Para todos:</p> <p>() Hemograma com plaquetas</p> <p>() Creatinina</p> <p>() AST (Transaminase Glutâmico – Oxalacética – TGO)</p> <p>() ALT (Transaminase Glutâmico – Pirúvica – TGP)</p> <p>Adicionalmente:</p> <p>Para Acitretina:</p> <p>() Dosagem de triglicerídeos</p>

Psoríase_PCDT_rev06

<p>Para Calcipotriol: <input type="checkbox"/> Cálcio sérico (Cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico).</p> <p>Para DMARDS Biológicos: <input type="checkbox"/> Cópia de prova tuberculínica ou IGRA <input type="checkbox"/> Proteína C Reativa – PCR <input type="checkbox"/> Exame Qualitativo de urina (EQU)</p> <p>Para Ciclosporina e Acitretina: <input type="checkbox"/> Dosagem de Ureia <input type="checkbox"/> Dosagem de triglicerídeos. <input type="checkbox"/> Dosagem de Colesterol</p> <p>Para Metotrexato: <input type="checkbox"/> Dosagem de Ureia</p>	
*Mulheres em idade fértil devem apresentar BhCG, ou comprovante de esterilização no momento da dispensação.	

O resultado dos exames garante uma avaliação precisa sobre o efeito do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Quando houver resultados fora dos parâmetros estabelecidos ou a ausência de algum exame, o médico deverá justificar a situação para que seja devidamente analisada. Dependendo da condição clínica do paciente, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, conforme o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas, ou protocolo de uso do Ministério da Saúde.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde SUS com serviços especializados em **Dermatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente à patologia.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração do tipo, da dose e da orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades poderão realizar o preenchimento para dispensação (embora sempre seja necessário preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente).
3. No mínimo, a cada 6 (seis) meses, o paciente deverá ser avaliado por um especialista.

Para receber os medicamentos

- De posse da documentação exigida, o paciente ou seu representante legal deverá comparecer à Farmácia de Pernambuco na data previamente agendada para a retirada do medicamento prescrito.
- No ato da dispensação, é responsabilidade do paciente ou de seu representante conferir atentamente as seguintes informações: identificação do medicamento, forma farmacêutica, número do lote, data de validade e quantidade dispensada, que deverá estar em conformidade com o recibo a ser assinado.
- Para medicamentos termolábeis (que requerem conservação sob refrigeração), a dispensação será condicionada à apresentação de caixa térmica contendo gelo reciclável ou material equivalente, em quantidade suficiente para garantir a manutenção da temperatura adequada durante todo o transporte.
- No caso de medicamentos de uso por via intravenosa (infusão), a administração deverá ocorrer exclusivamente em serviço de saúde especializado e devidamente credenciado. Esse serviço será responsável por providenciar toda a documentação necessária e encaminhá-la à Farmácia de Pernambuco, que, por sua vez, realizará a dispensação diretamente à unidade onde o paciente encontra-se em acompanhamento.

Observações

- A resposta à solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não estejam esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico;
- Para o Remédio na Porta, o paciente receberá a ligação e deverá concordar em receber o medicamento. Nesse caso ele deverá permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde);
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Ao aceitar o presente termo, o proprietário dos dados consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

Psoríase_PCDT_rev06

LAUDO MÉDICO (PSORÍASE)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ CID: _____

ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA - escore DLQI (obrigatório para todos os medicamentos) OU	
ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA - escore PASI (obrigatório para todos os medicamentos) OU	
PORCENTAGEM CORPORAL	

*Caso não se aplique nenhuma das opções acima, justificar.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)	Dose	Tempo
Acitretina	Não precisa	
Calcipotriol	Não precisa	
Ciclosporina		
MMCD sintético		
() Metotrexato		
MMCD biológico		
() Ustequinumabe		
() Etanercepte		
() Adalimumabe		
() Secuquinumabe		
() Risanquizumabe		

<u>EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS</u>	<u>EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS (DMARDs)</u>
() Hemograma (validade 3 meses)	
() VSH e/ou PCR (validade 3 meses)	
() TGO (AST) (validade 3 meses)	
() TGP (ALT) (validade 3 meses)	
() Creatinina (validade 3 meses)	
() RX de tórax OU tomografia de torax: (validade de até 1 ano)	
() RX simples da articulação acometida OU Ultrasonografia OU Ressonância magnética (não tem prazo de validade)	

INICIADO PROFILAXIA PARA TUBERCULOSE LATENTE? (caso afirmativo, anexe a receita comprobatória).

() NÃO () SIM Data de inicio: _____

Médico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO SALICÍLICO, ACITRETINA, ADALIMUMABE, ALCATRÃO MINERAL, CALCIPOTRIOL, CICLOSPORINA, CLOBETASOL, DEXAMETASONA, ETANERCEPTE, METOTREXATO, RISANQUIZUMABE, SECUQUINUMABE E USTEQUINUMABE

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ácido salicílico, acitretina, adalimumabe, alcatrão mineral, calcipotriol, clobetasol, ciclosporina, dexametasona, etanercepte, metotrexato, risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe indicados para o tratamento de psoríase. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: – melhora dos sintomas da doença; – melhora da aparência das lesões na pele, com melhora da qualidade de vida. Fui também informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos: – alcatrão mineral, dexametasona, calcipotriol, adalimumabe, risanquizumabe, secuquinumabe e ustequinumabe: medicamentos classificados na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela); – ácido salicílico, clobetasol e ciclosporina: medicamentos classificados na gestação como fator de risco 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 que os riscos); – acitretina e metotrexato: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado em gestantes ou em mulheres planejando engravidar); – efeitos adversos do ácido salicílico: vermelhidão, ressecamento, queimadura, hiperpigmentação temporária, formação de crostas; – efeitos adversos do alcatrão mineral: irritação da pele e queimação; – efeitos adversos do clobetasol: piora da lesão, surgimento ou piora da coceira, inchaço, dor, ardor ou vermelhidão no local onde foi usado o medicamento; em casos de uso prolongado e em áreas extensas, alterações na pele, aumento do crescimento dos pelos no corpo, sinais e sintomas do excesso de hormônios da adrenal (aumento da pressão arterial, aparecimento de espinhas, estrias, inchaços, ganho de peso inesperado, dor óssea, problemas nos olhos, dor de cabeça); – efeitos adversos do calcipotriol: eventualmente irritação local transitória, dermatite facial, com aparecimento de coceira, inchaço, dor, ardor ou vermelhidão na pele; – efeitos adversos da dexametasona: sensação de ardência, coceira, irritações, securas, foliculite, hipertricose, erupções acneiformes, hipopigmentação, dermatite alérgica de contato, maceração da pele, estrias e brotoejas; – efeitos adversos da acitretina: dores musculares, dores nas articulações, dores de cabeça, náusea, vômitos, secura das mucosas, perda de cabelo, sede não usual, irritação, secura nos olhos, alteração do paladar, 43 sensibilidade aumentada à luz solar, unhas quebradiças, prisão de ventre, diarreia, cansaço, aumento do suor, elevação dos níveis de colesterol e triglicerídios; efeitos mais raros: cheiro anormal da pele, alergias na pele, inflamação da garganta, inflamação do pâncreas (pancreatite) e inflamação do fígado (hepatite); – efeitos adversos do metotrexato: problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição no número de glóbulos brancos no sangue, diminuição no número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda do apetite, palidez, coceira, náusea e vômitos; mais raros e dependendo da dose utilizada: cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções; – efeitos adversos de ciclosporina: problemas nos rins e no fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, hipertensão, crescimento da gengiva, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas; – efeitos adversos do adalimumabe e etanercepte: 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 oportunísticas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal; – efeitos adversos do ustequinumabe, secuquinumabe e risanquizumabe: reações no local da aplicação da injeção como dor e vermelhidão, tonturas, diarreia, vômitos, enjoos, nasofaringite, dor de cabeça, infecções oportunísticas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, coceiras, dores musculares e nas articulações; – medicamentos contraindicados em casos de

hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula; acitretina também é contraindicada em casos de alergia à vitamina A e seus derivados. – 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; Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento. 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 do(s) seguinte(s) medicamento(s): () ácido salicílico () acitretina () adalimumabe () alcatrão mineral () calcipotriol () ciclosporina () clobetasol () dexametasona () etanercepte () metotrexato () secuquinumabe () risanquizumabe () ustequinumabe

Local:	Data:
Nome do Paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
<hr/> Assinatura do paciente ou responsável legal <hr/>	
Nome do Médico:	CRM:
UF:	
<hr/> Assinatura e carimbo médico <hr/>	
Data:	

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

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- Quantidades 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?*

- SIM. Relatar:

13- Atestado de capacidade*

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?

- NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

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*

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*

Nome Completo:

Nº Doc. de Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

CEP:

Telefones para contato:

Email:

REPRESENTANTE 2*

Nome Completo:

Nº Doc. De Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

CEP:

Telefones para contato:

Email:

REPRESENTANTE 3*

Nome Completo:

Nº Doc. de Identidade (RG):

UF:

Órgão Emissor:

Nº CPF:

Parentesco:

Logradouro:

Nº

Complemento:

Bairro:

UF:

Município:

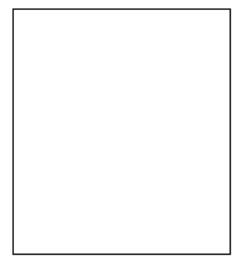
CEP:

Telefones para contato:

Email:

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ___ / ___ /20 _____ Assinatura do paciente: _____



Campo para digital