



– Doença/Agravo:

## ✓ **ARTRITE REATIVA**

– Código internacional de doenças (CID-10) contemplado(s):

- M02.1: Artropatia pós-desintérica.
- M02.3: Doença de Reiter.
- M03.2: Outras artropatias pós-infecciosas em doenças classificadas em outra parte.
- M03.6: Artropatia reacional em outras doenças classificadas em outra parte.

– Medicamento(s) disponível(is):

- **SULFASSALAZINA 500 mg (por comprimido)**

– Regulamentação fundamentada para obtenção do(s) medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- Título IV, do Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.
- Portaria Conjunta nº 06, de 22 de abril de 2021 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

– Procedimentos e demais informações:

- Todas as orientações quanto à abertura e renovação de processos, bem como, dispensação de medicamentos podem ser verificadas no documento intitulado “**ORIENTAÇÕES GERAIS**” que encontra no site da CEMAC Juarez Barbosa acessando o link abaixo:

### [ORIENTAÇÕES GERAIS](#)

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE PROCESSO

**ATENÇÃO:** Os documentos e exames aqui solicitados deverão ser encaminhados por **meio eletrônico** para a CEMAC Juarez Barbosa, sendo o armazenamento dos originais responsabilidade do Usuário SUS, exceto prescrições de medicamentos sob controle especial. A documentação original poderá ser solicitada a qualquer tempo pela Unidade.

**A apresentação de informações ou documentos falsos, em todo ou parte, configura crime sujeito as penalidades legais.**

**1 – Prescrição médica devidamente preenchida:** O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. **Todas as prescrições médicas (originais) devem estar disponíveis no ato da dispensação do(s) medicamento(s).**

- PRESCRIÇÃO MÉDICA (sem controle especial). O documento original deverá ser apresentado no ato da dispensação do(s) medicamento(s).  
(Validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão)

**2 – Questionário ARTRITE REATIVA para ser preenchido pelo médico solicitante – ANEXO I**

**3 – Documentos pessoais do paciente:**

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;



- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na CEMAC Juarez Barbosa.

**4 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

**5 – LME** (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido. As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.go.gov.br>. Seguem abaixo os links para acesso aos documentos:

### [ORIENTAÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DA LME](#)

#### [LME](#)

Cabe ainda salientar que o **LME** terá noventa (**90**) **DIAS DE VALIDADE**, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.



## ANEXO I – QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA ARTRITE REATIVA

Questionário para ser preenchido pelo Médico Solicitante.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

1 – Qual é o padrão da artrite?

( ) **Monoartrite assimétrica.**

( ) **Oligoartrite assimétrica.**

( ) **Outras:** \_\_\_\_\_

2 – O paciente apresentou infecção geniturinária e/ou gastrointestinal? Discorrer sobre o acometimento e a data da infecção:

---

---

---

---

3 – Nos últimos meses, o paciente apresentou conjuntivite e/ou sinais mucocutâneos?

( ) **NÃO.**

( ) **SIM.** Discorrer sobre o diagnóstico: \_\_\_\_\_

4 – **Outras considerações:**

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico solicitante



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ACETATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA, ACETATO DE METILPREDNISOLONA, IBUPROFENO, NAPROXENO, PREDNISONA E SULFASSALAZINA.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado (a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona, acetato de metilprednisolona, ibuprofeno, naproxeno, prednisona e sulfassalazina, indicados para o tratamento da Artrite Reativa.

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 da dor;
- melhora dos sinais e sintomas de inflamação articular;
- melhora da qualidade de vida; e
- redução da morbidade e incapacidade nos pacientes.

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

- Sulfassalazina, prednisona, naproxeno e ibuprofeno não devem ser usados durante a gravidez e lactação, exceto sob orientação do seu médico.
- O uso de corticoides intra-articulares (metilprednisolona e betametasona) durante a gestação, quando recomendado pelo seu médico, deve ocorrer com as menores doses possíveis, especialmente no primeiro trimestre.
- Efeitos adversos do ibuprofeno: tontura, urticária na pele, reações de alergia, dor de estômago, náusea, má digestão, prisão de ventre, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, dor de cabeça, irritabilidade, zumbido, inchaço e retenção de líquidos.
- Efeitos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaqueca, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura
- **Efeitos adversos da sulfassalazina:** dor de cabeça, sensibilidade aumentada 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 vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada à tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas.
- Efeitos adversos da prednisona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose, problemas de estômago [úlceras estomacais]), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes melito.
- Efeitos adversos da metilprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, manifestação ou complicações do diabetes melito, e urticária crônica.
- Efeitos adversos da betametasona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do



pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, manifestação de diabetes melito, e reações no local da injeção.

- Medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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 a 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**

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ( ) acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona
- ( ) acetato de metilprednisolona
- ( ) ibuprofeno
- ( ) naproxeno
- ( ) prednisona
- ( ) **sulfassalazina**

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		Data:	

**Observação:**

- Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

- **Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.**

Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.