

ARTROPATIAS ENTEROPÁTICAS	
SEM PROTOCOLO	
Medicamento	SULFASSALAZINA
CID 10	M07.4; M07.5; M07.6
Apresentação	500 mg (comprimido).
Inclusão	Pacientes com diagnóstico de artropatia enteropática.
Anexos Obrigatórios	Relato médico detalhado com sinais e sintomas da doença. Exames: hemograma, AST, ALT, PCR, VHS, laudo de colonoscopia e/ou de exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de enteropatia, laudo do exame de imagem das articulações afetadas (NÃO ANEXAR AS LÂMINAS).
Administração	Segundo critérios médicos.
Prescrição Mensal	Máxima 372 comprimidos.
Monitoramento	Hemograma, AST, ALT, PCR, VHS a cada 3 meses.
Exclusão	Contraindicações ou hipersensibilidade ao medicamento.
Tempo de Tratamento	Indeterminado.
Validade dos Exames	Hemograma, AST, ALT, PCR, VHS: 3 meses. Exames de imagem e anatomopatológico: 12 meses.
Especialidade Médica	Não há exigência de especialidade.
CID 10: M07.4 Artropatia na doença de Crohn (enterite regional). M07.5 Artropatia na colite ulcerativa. M07.6 Outras artropatias enteropáticas.	

DIAF
 Diretoria de Assistência
 Farmacêutica