



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
RETICOLITE ULCERATIVA**

Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 9 – 12/09/2024



Declaro, para fins de solicitação do medicamento objeto deste processo, que o (a) paciente \_\_\_\_\_ **NÃO** apresenta Critérios de Exclusão.

**1. Assinale o medicamento solicitado e preencha as informações do tratamento prévio realizado pelo paciente:**

Classes/Fármaco	Medicamento Solicitado	Informar Medicamentos utilizados previamente e tempo de uso
MMCD SINTÉTICO/ AMINOSSALICILATOS	( ) MESALAZINA ( ) SULFASSALAZINA	_____ _____ _____
IMUNOSSUPRESSORES	( ) CICLOSPORINA ( ) AZATIOPRINA	_____ _____ _____
MMCD BIOLÓGICOS E ALVO-ESPECÍFICO	( ) INFLIXIMABE ( ) VEDOLIZUMABE ( ) TOFACITINIBE	_____ _____ _____

**2. Assinale os campos abaixo em relação ao estadiamento e agudização da doença:**

ESTADIAMENTO DA DOENÇA	GRAVIDADE
( ) Proctite ou retite	( ) Leve
( ) Colite esquerda	( ) Moderada
( ) Pancolite	( ) Grave

**3. Assinale os critérios de inclusão apresentados pelo paciente:**

- ( ) Alterações histopatológicas sugestivas de RCU com doença intestinal ativa (independente da extensão).  
( ) Alterações histopatológicas sugestivas de RCU em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

**4. CASOS ESPECIAIS - Assinale a opção que corresponde à situação do(a) paciente:**

- ( ) Paciente Pediátrico    ( ) Gestante    ( ) Pacientes com Manifestações Extraintestinais (MEI) significativas

**5. Justificativa médica (para pacientes em uso do medicamento e em situação especial):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Preenchimento da Declaração Médica abaixo para a solicitação dos medicamentos Infliximabe, Vedolizumabe ou Tofacitinibe:**

**DECLARAÇÃO MÉDICA SOBRE A POSITIVIDADE OU NÃO REALIZAÇÃO DO TESTE DE MANTOUX (PPD) E IGRA**

( ) a (o) paciente está em tratamento (há pelo menos trinta dias) para tuberculose latente ou já o completou a quimioprofilaxia para Tuberculose, devido à apresentação de exame positivo de PPD ou IGRA (deve ser anexada ao processo).

( ) a (o) paciente não apresenta manifestações clínicas e radiológicas características de Tuberculose. Considero em comum acordo com o paciente, que está ciente dos riscos, ser possível iniciar o tratamento com medicamentos biológicos ou inibidores de via de sinalização intracelular sem o resultado do exame de PPD ou IGRA (devido à impossibilidade de realização dos exames na rede pública de saúde) e sem a realização de tratamento para tuberculose latente.

**Preenchimento obrigatório do Termo de Consentimento abaixo para a solicitação dos medicamentos Infliximabe ou Vedolizumabe:**

**TERMO DE CONSENTIMENTO DOS MEDICAMENTOS IMUNOBIOLÓGICOS**

Considerando as Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 2 e nº 6/2017 que regulamentam a execução e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF e Portaria de Consolidação nº 5/2017 que determina os critérios para aquisição e disponibilização de medicamentos estratégicos no SUS, os medicamentos imunobiológicos fornecidos por meio do CEAF poderão ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde nas formas: medicamento originador e medicamento biossimilar.

Desta forma, eu \_\_\_\_\_ CRM/UF nº \_\_\_\_\_, declaro estar ciente da intercambialidade entre os medicamentos imunobiológicos (originador e biossimilar) de forma automática em conformidade com apresentação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para o paciente \_\_\_\_\_, desde de que o medicamento esteja em uso pelo tempo mínimo necessário definido para sua troca.

Medicamento Imunobiológico: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
Data