

PSORÍASE			
Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 18 - 14/10/2021			
CID 10	L40.0, L40.1, L40.4, L40.8		
Inclusão Critérios Gerais	<p>Psoríase Cutânea Tegumentar Leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios em relato médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Escore PASI</i> ≤ 10; ● Acometimentos ≤ 10% da superfície corporal (BSA); ou ● DLQI ≤ 10. <p>Psoríase Cutânea Tegumentar Moderada a Grave definida por um dos seguintes critérios em relato médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Escore PASI</i> > 10; ● Acometimentos > 10% da superfície corporal; ● DLQI > 10; ● Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas); ● Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteróides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses; ou ● Psoríase acometendo outras áreas especiais (como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras), resistente aos medicamentos tópicos (como corticosteroides e análogos da vitamina D) e fototerapia com uso contínuo por 3 meses. <p>*PASI (Psoriasis Area and Severity Index): Estimativa subjetiva para avaliar a gravidade e extensão da doença.</p> <p>*DLQI (Índice de Qualidade de Vida Dermatológico): Questionário que avalia o impacto de doenças dermatológicas na qualidade de vida dos pacientes.</p> <p><u>Pacientes já em tratamento da doença e em uso do medicamento:</u></p> <p>OBRIGATÓRIO Relato Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Histórico da patologia; - Resultado ANTES DO TRATAMENTO e ATUAL OU APÓS 6 meses de tratamento de, <u>pelo menos</u>, um dos indicadores de avaliação das lesões para Psoríase [PASI / DLQI / SUPERFÍCIE CORPORAL], incluindo JUSTIFICATIVA - preenchidos no Formulário Médico, campo destinado aos pacientes já em uso do medicamento, <u>além dos demais campos de inclusão e apresentação dos anexos obrigatórios.</u> 		
Medicamento	CALCIPOTRIOL	CLOBETASOL	CLOBETASOL
Apresentação	Pomada 50 mcg/g (bisnaga 30 g) .	Creme 0,5 mg/g (bisnaga 30 g).	Solução capilar 0,5 mg/g (frasco 50 g).
Anexos Obrigatório	Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.		
Administração	Dose inicial: 2x/dia (ver orientações no PCDT/MS). Dose máxima semanal: ≤ 100 g. Dose manutenção: 1x/dia	3x/dia (< 30 dias) e 2x/semana (manutenção) (ver orientações no PCDT/MS). Dose máxima semanal: ≤ 50 g.	

Prescrição Máxima Mensal	15 bisnagas.	8 bisnagas.	5 frascos.
Monitoramento	Associar o uso à proteção solar; Cautela quanto à aplicação na face por risco de fotossensibilidade e dermatite de contato irritativa.	Atenção aos possíveis efeitos adversos e efeito rebote na retirada, em raros casos. Pode ocorrer absorção sistêmica pelo uso em grandes superfícies, com risco de hipercortisolismo, especialmente em crianças.	
Exclusão	Hipersensibilidade a um dos medicamentos ou componentes da fórmula. Diagnóstico de Artrite Psoriásica.		
	Hipercalcemia.	Infecções cutâneas não tratadas; Rosácea; Acne vulgar; Prurido sem inflamação; Prurido genital e perianal; Dermatite perioral; Dermatoses e dermatite em crianças < 1 ano de idade.	Infecções do couro cabeludo.
Tempo de Tratamento	A critério médico.	Os corticóides devem ser utilizados por períodos restritos (de 15 a 60 dias), dependendo do tipo de pele.	
Medicamento	METOTREXATO		CICLOSPORINA
Apresentação	2,5 mg (comprimido); 25 mg/mL (frasco-ampola 2mL).		25, 50 e 100 mg (cápsulas); 100mg/mL (solução oral 50 mL); e 50 mg (solução injetável). * Compatível com procedimento hospitalar (06.03.02.005-4).
Anexos Obrigatórios	Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.		
	<ul style="list-style-type: none"> - TGP/ALT e TGO/AST; - Fosfatase alcalina (FA); - Gama-GT; - Uréia e Creatinina sérica; - HBsAg, Anti-HCV e anti-HIV; - Hemograma com plaquetas; - Colesterol total e frações (com triglicerídeos); - Parcial de urina (EQU); - Albumina sérica; - Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA. <p>Se Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame de Imagem: Raio X de tórax. - Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - TGP/ALT e TGO/AST; - Fosfatase alcalina (FA); - Gama-GT; - Bilirrubinas T/F; - Parcial de urina (EQU); - Colesterol total e frações (com triglicerídeos); - Uréia e Creatinina sérica; - Hemograma com plaquetas; - HBsAg, Anti-HCV anti HIV; - Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA. <p>Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exame de Imagem: Raio X de tórax. - Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos. 	

Administração	Via oral ou parenteral (subcutâneo ou intramuscular) - Dose INICIAL: 15 mg/semana - Dose MÁXIMA: 25 mg/semana ● PEDIÁTRICO: Dose recomendada: 0,2 a 0,7 mg/kg/dia.	- Dose INICIAL recomendada: 2,5 mg/kg/dia (2 doses diárias, com aumento progressivo) - Dose MÁXIMA: 5mg/kg/dia (Redução da dose gradual 0,5 mg/kg, a cada 15 dias, para evitar rebote). ● PEDIÁTRICOS REFRACTÁRIOS: 1,5-5 mg/kg/dia.
Prescrição Máxima Mensal	60 cp ou 5 FA	372 caps (100 mg), 744 caps (50mg), 496 caps (25mg) ou 8 frascos (sol. oral)
Monitoramento	Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 6 semanas de tratamento. - Hemograma: repetir na semana 1 e 6, e depois a cada 3 meses. - AST/TGO, ALT/TGP, Colesterol total e frações, triglicerídeos, Ureia e Creatinina: quinzenalmente nos primeiros 2 meses e, após, a cada 3 meses. - Albumina: repetir a cada 6 meses (recomendável).	- Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 6 semanas de tratamento. - Uréia, creatinina sérica e potássio: 2 medidas por mês, com intervalo de 15 dias, nos primeiros 2 meses e, depois, mensalmente com os demais exames. - Parcial de urina (EQU), Colesterol total e frações, triglicerídeos e Magnésio: podem ser avaliados a cada 2 meses. - Clearance de creatinina: repetir anualmente.
Exclusão	Hipersensibilidade a um dos medicamentos ou componentes da fórmula. Diagnóstico de Artrite Psoriaca.	
	Gestação, lactação e concepção (homens e mulheres); Insuficiência hepática ou renal graves; Síndromes de imunodeficiência; Discrasias sanguíneas.	Tratamento com Fototerapia UVB e PUVA; Contraindicação no caso de infecções crônicas como as hepatites B, C e HIV.
Tempo de Tratamento	Elevação das enzimas hepáticas em até 3x o limite: suspender o tratamento.	Tempo MÁXIMO: 2 anos (recomendável, por risco de nefrotoxicidade irreversível)
Medicamento	ACITRETINA	
Apresentação	10 mg e 25 mg (cápsulas)	
Anexos Obrigatórios	Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. - Receituário de Controle Especial para Retinóides; - Termo de Conhecimento de Risco e Consentimento Pós-informado (Portaria 344/98): ● Anexo XVI para homens e mulheres >55 anos; ou ● Anexo XV para mulheres ≤55 anos. - Pacientes <21 anos: nome e ass. do responsável no Termo da Portaria 344/98. Exames: - TGP/ALT e TGO/AST; - Fosfatase alcalina (FA); - Gama-GT; - Bilirrubinas T/F;	

Anexos Obrigatórios (continuação)	<ul style="list-style-type: none"> - Colesterol total e frações (com triglicerídeos); - Uréia e Creatinina sérica; - Glicose. - Hemograma com plaquetas; - Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos. - Raio X de mãos e punhos = Crianças ≤ 12 anos. 	
Administração	<ul style="list-style-type: none"> ● Adulto: <ul style="list-style-type: none"> - Dose INICIAL: 25 mg/dia (recomendada). - Dose MÁXIMA: 75 mg/dia (0,5-1 mg/kg/dia). ● PEDIÁTRICO: <ul style="list-style-type: none"> - Dose MÁXIMA: 35 mg/dia (0,5 a 1 mg/kg/dia). 	
Prescrição Máxima Mensal	217 cp (10mg) ou 93 cp (25mg)	
Monitoramento	Reavaliação de PASI, BSA ou DLQI após 3 meses de tratamento. <ul style="list-style-type: none"> - AST/TGO, ALT/TGP, Colesterol total e frações, triglicerídeos: repetir 1x/mês nos primeiros 2 meses e, em seguida, a cada 8-12 semanas. - Hemograma, Uréia e Creatinina: repetir a cada 3 meses. - Beta-HCG: repetir mensalmente por até 2 anos após a suspensão do medicamento. • Crianças ≤ 12 anos = Raio X de mãos e punhos (idade óssea): anual. • Adultos com suspeita de osteopenia: Densitometria óssea anual. 	
Exclusão	Gestação, lactação e concepção; Insuficiência hepática ou renal graves; Hipertrigliceridemia grave (triglicerídeos > 800 mg/dL); Etilismo.	
Tempo de Tratamento	Indefinido. Se Triglicerídeos > 800 mg/dL: INTERROMPER o tratamento	
Medicamento	ADALIMUMABE	ETANERCEPTE
Apresentação	40 mg (solução injetável, SC, por seringa preenchida).	25 mg (solução injetável, SC, por frasco-ampola) e 50 mg (solução injetável, SC, por frasco-ampola e seringa preenchida).
Anexos Obrigatórios	Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. Exames Laboratoriais: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST, Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC, Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU); Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos. Termo de Consentimento Médico para Solicitação de Medicamentos Imunobiológicos completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico. - Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA. No caso de Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo : relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose. Exame de Imagem: Raio X de tórax. PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS: Exames obrigatórios: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST, Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC,	

Anexos Obrigatórios (continuação)	Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU), Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA e Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos. Formulário Médico com o valor do PASI antes do tratamento com algum biológico e o atual (falha com o biológico). REAVLIAÇÃO CENTRAL (após 6 meses do início do tratamento): Relato médico sobre a condição clínica do paciente, indicando que o mesmo se encontra apto para a continuidade do tratamento com o referido medicamento e o resultado do Score PASI atual e PASI do início do tratamento.			
Administração	- Dose inicial recomendada: 80 mg; - Doses subsequentes: 40 mg em semanas alternadas, começando na semana seguinte à dose inicial. Após 16 semanas e PASI<75: aumentar dose para 40 mg a cada 7 dias ou 80 mg a cada 14 dias.	Recomendado para população pediátrica. Pacientes Pediátrico (6-18 anos): < 62,5 kg: 0,8 mg/kg 1x/semana; Dose máxima semanal: 50 mg > 62,5 kg: 50 mg/semana. - Pacientes que atinjam a idade adulta com doença controlada com etanercepte: manter dose de 50 mg/semana.		
Prescrição Máxima Mensal	5 seringas preenchidas de 40 mg	10 FA de 25 mg 5 FA ou seringas preenchidas de 50 mg		
Monitoramento	Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28. - Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 e 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses. - Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses. - PPD < 5 mm: repetir anualmente. Sem resposta satisfatória na semana 24, a SUSPENSÃO deve ser considerada. <table border="1" data-bbox="435 1283 1466 1462"> <tr> <td data-bbox="435 1283 927 1462">REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.</td> <td data-bbox="927 1283 1466 1462">REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.</td> </tr> </table>		REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.	REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.
REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.	REAVLIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.			
Exclusão	Insuficiência cardíaca congestiva classe III e IV de NYHA; Tuberculose ativa; Infecções ativas (sepse e infecções oportunistas). Adalimumabe: Idade inferior a 18 anos; Etanercepte: inferior a 6 ou acima de 18 anos;			
Tempo de Tratamento	De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento. Sem resposta satisfatória na semana 24, a SUSPENSÃO deve ser considerada.			
Medicamento	USTEQUINUMABE	SECUQUINUMABE		
Apresentação	45 mg/0,5 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida) e 90 mg/1,0 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida)- Indisponível.	150 mg/mL pó em caneta aplicadora (solução injetável, SC, por seringa preenchida).		

Anexos Obrigatórios	<p>Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.</p> <p>Termo de Consentimento Médico para Solicitação de Medicamentos Imunobiológicos completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.</p>	
Anexos Obrigatórios (continuação)	<p>Exames Laboratoriais: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC, Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU); Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos.</p> <p>- Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA.</p> <p>Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose.</p> <p>Exame de Imagem: Raio X de tórax.</p> <p><u>PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS:</u></p> <p>Exames obrigatórios: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST, Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC, Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU), Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA e Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos.</p> <p>Formulário Médico com o valor do PASI antes do tratamento com algum biológico e o atual (falha com o biológico).</p> <p><u>REAVALIAÇÃO CENTRAL (após 6 meses do início do tratamento):</u></p> <p>Relato médico sobre a condição clínica do paciente, indicando que o mesmo se encontra apto para a continuidade do tratamento com o referido medicamento e o resultado do Escore PASI atual e PASI do início do tratamento.</p>	
Administração	<p>Dose recomendada:</p> <p>Pacientes < 100 Kg: 45 mg nas semanas 0 e 4 (2 ampolas no mês), depois 45 mg (1 ampola) a cada 12 semanas (3 meses).</p> <p>Pacientes > 100 kg: 90 mg, nas semanas 0 e 4 (4 ampolas no mês), depois 90 mg (2 ampolas) a cada 12 semanas (3 meses).</p> <p>Possível ajuste de dose:</p> <p>Em caso de perda de resposta terapêutica pode ocorrer ajuste para 90 mg (2 ampolas) a cada 12 semanas. Para pacientes que responderam inadequadamente à posologia de 90 mg a cada 12 semanas, uma dose de 90 mg a cada 8 semanas pode ser considerada.</p>	<p>Dose recomendada:</p> <p>300 mg (2 injeções de 150 mg, uma após a outra) nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, após 300 mg mensal (2 FA/mês).</p>
Prescrição Máxima Mensal	4 seringas preenchidas de 45 mg/0,5 ml.	10 canetas aplicadoras de 150 mg.

Monitoramento	Em caso de suspeita de evento infeccioso, o tratamento deve ser descontinuado, pelo menos temporariamente.
	<p>- Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses antes de cada injeção de ustekinumabe.</p> <p>- Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses.</p> <p>- PPD < 5 mm: repetir anualmente.</p> <p>- Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28.</p>
	<p>- Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 e 12 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses ;</p> <p>- Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses.</p> <p>- PPD < 5 mm: repetir anualmente.</p> <p>- Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28.</p>
	<p>REAVALIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.</p>
	<p>REAVALIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo deve ser encaminhado para Reavaliação Central na DIAF/SES.</p>
Exclusão	Tuberculose ativa; Idade inferior a 18 anos; Infecções ativas.
Tempo de Tratamento	De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento.
Medicamento	RISANQUIZUMABE
Apresentação	75 mg/0,83 mL (solução injetável, SC, por seringa preenchida).
Anexos Obrigatórios	<p>Formulário Médico para Psoríase completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.</p> <p>Termo de Consentimento Médico para Solicitação de Medicamentos Imunobiológicos completamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico.</p> <p>Exames Laboratoriais: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST; Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC, Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU); Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos.</p> <p>- Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA.</p> <p>Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA positivo: relato médico informando quimioprofilaxia para Tuberculose.</p> <p>Exame de Imagem: Raio X de tórax.</p> <p>PARA TROCA ENTRE BIOLÓGICOS:</p> <p>Exames obrigatórios: Hemograma com plaquetas, TGP/ALT e TGO/AST, Fosfatase alcalina (FA); Gama-GT; Creatinina sérica; proteína C reativa (PCR); HBsAg, Anti-HBC, Anti-HCV e anti-HIV; Parcial de urina (EQU), Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA e Beta-HCG para mulheres ≤ 55 anos.</p> <p>Formulário Médico com o valor do PASI antes do tratamento com algum biológico e o atual (falha com o biológico).</p>

	REAVALIAÇÃO CENTRAL (após 6 meses do início do tratamento): Relato médico sobre a condição clínica do paciente, indicando que o mesmo se encontra apto para a continuidade do tratamento com o referido medicamento e o resultado do Escore PASI atual e PASI do início do tratamento.	
Administração	Dose: 150 mg (2 injeções de 75 mg uma após a outra) nas semanas 0 e 4, após 150 mg a cada 12 semanas (contadas a partir da segunda aplicação).	
Prescrição Máxima Mensal	4 seringas preenchidas 75 mg/0,83 mL.	
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - Em caso de suspeita de evento infeccioso, o tratamento deve ser descontinuado, pelo menos temporariamente. - Hemograma com plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP e creatinina: repetir após 4 semanas do início do tratamento e, em seguida, a cada 3 meses antes de cada injeção de risanquizumabe. - Proteína C reativa (PCR): repetir a cada 3 meses. - PPD < 5 mm: repetir anualmente. - Avaliações de resposta terapêutica primária entre 12 e 16 semanas. Reavaliações de resposta secundária: entre as semanas 24 e 28. 	
Monitoramento (continuação)	REAVALIAÇÃO CENTRAL: Após 6 meses do início do tratamento, o processo de renovação deve ser encaminhado para Reavaliação Central pela DIAF/SES.	
Exclusão	Tuberculose ativa; Idade inferior a 18 anos; Infecções ativas.	
Tempo de Tratamento	De acordo com a taxa de resposta do medicamento ao tratamento.	
Associações Permitidas	Não	Acitretina + MTX: somente mediante avaliação de risco e justificativa médica; Não é permitida a associação entre medicamentos biológicos.
Validade dos Exames	Hemograma com plaquetas, ureia, ácido úrico, sódio, magnésio, potássio, cálcio, creatinina sérica, TGP/ALT, TGO/AST, fosfatase alcalina, gama-GT, bilirrubinas, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicose, albumina, exame parcial de urina (EQU), proteína C reativa (PCR): 6 meses; Anti-HBC, HBsAg, Anti-HCV e anti-HIV: 12 meses; Beta-HCG para mulheres ≤55 anos: 30 dias; Exames de Imagem: Raio X mãos e punhos, Raio X de tórax, densitometria óssea (se necessário): 12 meses. Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA: 12 meses para resultado de PPD < 5 mm, e validade indeterminada para resultado de PPD ≥ 5 mm.	
Especialidade Médica	Novas Solicitações e Adequações	Determinada pela gravidade da doença.
	Psoríase Moderada a Grave	Dermatologista.
	Psoríase Leve	Preferencialmente Dermatologista.
	Renovações sem alteração	Preferencialmente Dermatologista.
	Reavaliações	Dermatologista.
Importante: Para dispensação de medicamentos biológicos em intervalo menor que o definido e/ou que o anteriormente autorizado, deverá ser apresentado a Declaração de Aplicação de Medicamentos Biológicos do CEAF , completamente preenchida, datada e assinada pelo paciente ou responsável, constando a data da última e a data da próxima aplicação do medicamento solicitado.		

Escalonamento de Tratamento:

Tratamento de psoríase leve:

Primeiro se inicia com hidratação da pele associada ao uso de corticosteroides tópicos (Clobetasol). Com boa resposta terapêutica pode-se fazer regressão do corticoide e manutenção com emolientes, pomada de alcatrão ou ácido salicílico. Sem melhora do quadro pode-se associar Calcipotriol. Se ainda assim não houver melhora clínica deve-se considerar fototerapia ou tratamentos sistêmicos.

Tratamento da psoríase moderada a grave (Primeira Linha):

- Metotrexato: primeira etapa;
- Acitretina: segunda etapa;
Pode ser o medicamento da primeira etapa nos seguintes casos:
 - a) psoríase pustulosa, localizada (CID-10 L40.8) ou generalizada (CID-10 L40.1); psoríase eritrodérmica (CID-10 L40.8);
 - b) psoríase palmo-plantar (CID-10 L40.8, com descrição de CID-10 secundário L40.3 no campo “diagnóstico” do LME).
- Ciclosporina: terceira etapa.
Pode ser usada em associação com a Acitretina em casos de maior gravidade de psoríase eritrodérmica (CID-10 L40.8) ou pustulosa generalizada (CID-10 L40.1). Considerada terapêutica de resgate, mediante justificativa, caso necessite transpor o escalonamento previsto pelo PCDT.

Tratamento da psoríase moderada a grave (Segunda Linha): Medicamentos Biológicos

- Adalimumabe ou Etanercepte (primeira etapa do tratamento sistêmico da segunda linha);
- Secuquinumabe, Ustequinumabe ou Risanquizumabe (segunda etapa do tratamento sistêmico da segunda linha).

Ustequinumabe, Secuquinumabe ou Risanquizumabe estão indicados após terapia com metotrexato, acitretina e ciclosporina em caso de contraindicação absoluta ou contraindicação relativa ao Adalimumabe com justificativa médica.

Informações da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) para os medicamentos deste Protocolo Clínico:

1. O procedimento ambulatorial integra os Tratamentos Clínicos, em BPA:
03.03.08.011-6 Fototerapia com fotossensibilização (por sessão).
2. Ácido salicílico (pomada 50mg/g), Alcatrão Mineral (pomada 10mg/g) e Dexametasona (creme 1mg/g) inclui-se no Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
3. A administração intravenosa de Ciclosporina é contemplada na modalidade hospitalar pelo procedimento:
06.03.02.005.4 Ciclosporina 50mg injetável (por frasco-ampola).

CID-10:

L40.0 Psoríase vulgar

L40.1 Psoríase pustulosa generalizada

L40.4 Psoríase gutata

L40.8 Outras formas de psoríase