



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEA/SC PARA O TRATAMENTO DE
ARTRITE PSORIÁSICA

Portaria SAS/MS nº 037 - 21/01/2026



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente* _____
_____ não apresenta critérios de exclusão e
apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo:

- **ARTICULAÇÕES ACOMETIDAS***: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO*

- Pacientes com diagnóstico de Artrite Psoriásica estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR, devendo atingir **3 (três) ou mais pontos** das categorias a seguir:

CATEGORIA	PONTUAÇÃO
Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista)	2
História pessoal de psoríase	1
História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau)	1
Distrofia ungueal Psoriásica típica (observada no exame físico atual)	1
Fator reumatoide negativo (anexar exame)	1
História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)	1
Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés (anexar exame)	1

TRATAMENTO PRÉVIO*

- **AINEs**

() Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo: _____

- **MMCD SINTÉTICO(s)**

() Não () Sim. Assinalar nome, relatar dose e tempo: _____

- **Monoterapia:**

() Metotrexato: Dose: _____ Tempo: _____

() Sulfassalazina: Dose: _____ Tempo: _____

() Leflunomida Dose: _____ Tempo: _____

- **Associações:**

() SSZ + LNM: Dose: _____ Tempo: _____

() MTX + SSZ: Dose: _____ Tempo: _____

() MTX + LNM: Dose: _____ Tempo: _____

- **MMCDsae: TOFACITINIBE***

() Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

- **MMCD BIOLÓGICO(s)***

() Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos:

*Obs.: Para a solicitação de MMCD biológico para o tratamento de entesite ativa ou dactilite anexar exame de imagem comprobatório (validade: 6 meses). Para os outros - validade: 12 meses.

Preenchimento obrigatório do Termo de Consentimento abaixo para a solicitação dos medicamentos MMCDbio:

TERMO DE CONSENTIMENTO DOS MEDICAMENTOS IMUNOBOLÓGICOS

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*