

Frente ao “Termo de Consentimento Medicamentos Imunobiológicos” recebido da Secretaria Estadual de Saúde a respeito da anuência quanto a troca do imunobiológico originador para o biossimilar, levando-se em consideração a situação clínica atual do paciente, comunico que o mesmo encontra-se:

- APTO** para a troca. Uma **ÚNICA** troca (“single switch”) do originador para o biossimilar ou vice-versa.
- NÃO APTO** para a troca neste momento, pelo seguinte motivo:
- Paciente em início de tratamento com o imunobiológico (indução)
- Paciente com doença em atividade
- Paciente com suspeita ou relato de imunogenicidade.

Reitero ainda que, no momento, por falta de evidências científicas não recomendo troca cruzada (“cross-switch”), trocas múltiplas e troca reversa.

Á disposição para qualquer esclarecimento.

Médico: _____

CRM: _____

Data: _____

Paciente: _____



SEDE:



ESCRITÓRIO ADMINISTRATIVO: