

RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO P/SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS P/:

ARTRITE REUMATOIDE () CID M _____ ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL () CID M08.0
 ESPONDILITE ANCILOSANTE () CID M45 OUTRAS ESPONDILOPATIAS INFLAMATÓRIAS
 ESPECIFICADAS () M46.8 ARTROPAZIA PSORIÁSICA () M07.0 () M07.2 () M07.3

Adalimumabe() Secuquinumabe() Etanercepte () Infliximabe () Certolizumabe()
 Golimumabe() Abatacepte () Rituximabe() Tocilizumabe() Tofacitinibe() _____

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Sexo: Masc.() Fem.()
Data de Nascimento: / / Peso: kg CARTÃO SUS: _____	

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Tempo de Doença = ____ anos e ____ meses VHS= ____ PCR= ____ VN: ____

AR	EA/APso PERIFÉRICA	EA/APso AXIAL
a. rigidez articular ()	a. Psoríase ()	a. dor lombar inflamatória ()
b. artrite em três ou + áreas ()	b. Artrite ()	b. HLAB 27 + ()
c. artrite articulações das mãos ()	c. Entesite ()	c. Sacroileíte / L. Axiais * ()
d. artrite simétrica ()	d. Dactilite ()	d. RM típica* ()
e. nódulos reumatoides ()	e. Alt. Extrarticulares ()	e. Alterações Extrarticulares ()
f. fator reumatoide sérico ()	f. Distrofia ungueal ()	
g. alterações radiológicas ()	g. Proliferação óssea RX ()	*Anexar Laudos

3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA: histórico de uso anterior de medicamentos

Nome genérico	Dose máxima	Início	Fim	Motivo da suspensão

4. JUSTIFICATIVA P/SOLICITAÇÃO /MUDANÇA e EVENTOS ADVERSOS:-

5. PARA 1ª SOLICITAÇÃO INFORMAR:

____/____/____	PPD: Não Reator () Até 5 mm () Mais de 5 mm ()
____/____/____	Rx de Tórax: Normal () Alterado ()
____/____/____	Beta HCG ou justificar
Infecção viral: Sim () Não ()	Neoplasia: Sim () Não ()
Hepatite B ou C: Sim () Não ()	Anemia/plaquetopenia/leucopenia: Sim () Não ()
Infecção bacteriana: Sim () Não ()	Alteração da função hepática: Sim () Não ()

6. ÍNDICE COMBINADO DE ATIVIDADE DA DOENÇA: DAS 28 _____ **CDAI** _____ **SDAI** _____
BASDAI _____ **ASDAS** _____ **MDA** _____

Médico Solicitante _____ CRM _____ UF _____

Assinatura e Carimbo: _____ Data: ____/____/____

Referência: PORTARIA nº 15 de 11/12/2017 -PCDT Artrite Reumatoide, PORTARIA Nº 25 de 22/10/2018-
 PCDT Espondilite Ancilosante e PORTARIA Nº 26 de 24/10/2018- PCDT Artrite Psoriásica.
Todos os campos são de preenchimento obrigatório

