



RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA
DOENÇA DE CROHN (DC)

CID: () K50.0 () K50.1 () K50.8

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____
CNS: _____	Peso: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

2. CRITÉRIOS CLÍNICOS E LABORATÓRIAS

LAUDO DE DIAGNÓSTICO*		ESTADIAMENTO DA DOENÇA
1. () Endoscopia digestiva	4. () Ressonância enteral	Índice Harvey-Bradshaw (IHB): _____
2. () Radiografia de trânsito do delgado	5. () Cirúrgico	
3. () Tomografia entegral	6. () Anátomo-patológico	

* Para solicitação de troca de medicamento não é necessário apresentar cópia do exame de diagnóstico.

3. TRATAMENTO SOLICITADO:

ATIVIDADE	ESTADIAMENTO	1ª LINHA	2ª LINHA	DOSE PRESCRITA (preencher)
DOENÇA ATIVA	Leve a moderada	() Sulfassalazina () Prednisona	() Mesalazina	
	Moderada a grave	() Prednisona () Azatioprina () Metotrexato	() Infliximabe () Adalimumabe () Certolizumabe	
DOENÇA EM REMISSÃO	-	() Azatioprina () Metotrexato	() Infliximabe () Adalimumabe () Certolizumabe	

Medicamentos já utilizados e tempo de tratamento: _____

3.1 PARA MMCD BIOLÓGICOS: JÁ REALIZOU DOSE DE INDUÇÃO? () SIM () NÃO () Não se aplica

4. PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS, PREENCHER O QUADRO ABAIXO:

PPD: () Não reator () Até 5mm () ≥ 5mm ____/____/____ Se PPD> ou = 5mm Tratamento para TB latente () sim () não
Raio x de tórax: () Normal () Alterado
Possui imunidade para hepatite B? () Sim () Não Se não, foi vacinado novamente? () Sim () Não

*Caso apresente PPD reator ou lesões sugestivas de tuberculose no RX de tórax, informar abaixo se o paciente realizou tratamento ou foi descartado o diagnóstico de tuberculose em acompanhamento com infectologista ou pneumologista.

5. () Declaro que o paciente foi avaliado e não possui contraindicações absolutas ao uso do(s) medicamento(s) solicitado(s)

Médico solicitante: _____ CRM: _____ UF _____

Assinatura e carimbo: _____ Data: ____/____/____ (campo obrigatório)



RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA RETOCOLITE ULCERATIVA (RCU)



1. DADOS DO PACIENTE

Nome:	Data de nascimento:	Peso:
CNS:	Sexo: () Feminino () Masculino	

2. CLASSIFICAÇÃO (CID-10)

- () K51.0 Enterocolite ulcerativa () K51.5 Colite esquerda () K51.3 Retossigmoidite ulcerativa
() K51.2 Proctite ulcerativa () K51.8 Outras colites ulcerativas

3. MEDICAMENTO SOLICITADO:

CLASSES/FÁRMACO	ETAPA DE TRATAMENTO	ASSINALAR MEDICAMENTO SOLICITADO	INFORMAR MEDICAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE E TEMPO DE USO
GLICOCORTICOIDE	-----	() PREDNISONA	
IMUNOSSUPRESSORES	-----	() CICLOSPORINA () AZATIOPRINA	
MMCD SINTÉTICO/ AMINOSALICILATOS	PRIMEIRA	() MESALAZINA () SULFASSALAZINA	
MMCD BIOLÓGICOS E ALVO-ESPECÍFICO	SEGUNDA e TERCEIRA	() INFLIXIMABE () VEDOLIZUMABE () TOFACITINIBE	

4. EXAMES DE DIAGNÓSTICO*

EXAME	DATA DA REALIZAÇÃO	ESTADIAMENTO DA DOENÇA	GRAVIDADE
() Colonoscopia		() Proctite ou retite	() Leve
() Retossigmoidoscopia		() Colite esquerda	() Moderada
		() Pancolite	() Grave

* Para solicitação de troca de medicamento não é necessário apresentar cópia do exame de diagnóstico.

5. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- () 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).
- () Paciente não possui outras doenças inflamatórias intestinais. **Paciente é gestante?** Sim () Não ()

6. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO INICIAL OU MUDANÇA DE TRATAMENTO: _____

7. PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS OU ALVO-ESPECÍFICO, PREENCHER O QUADRO ABAIXO

RX de Torax	Normal ()	Alterado ()	Realizado em: ___/___/_____	
PPD	Não reator ()	Até 5mm ()	Mais de 5mm ()	Realizado em: ___/___/_____
Alteração da função hepática	Sim ()	Não ()	Discrasias sanguíneas	Sim () Não ()
Infecções graves ou oportunistas	Sim ()	Não ()	Hepatite B ou C	Sim () Não ()
			Insuficiência cardíacas classe II-IV	Sim () Não ()

Médico solicitante: _____ CRM: _____ UF _____

Assinatura e carimbo: _____ Data: ___/___/_____