



## RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA ARTRITE REUMATOIDE



CID-10: ( ) M050 ( ) M051 ( ) M052 ( ) M053 ( ) M058 ( ) M060 ( ) M068

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____	Peso(Kg): _____
CNS: _____	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

### 2. CRITÉRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS: NECESSÁRIO PREENCHER CRITÉRIO ACR OU CRITÉRIO ACR/EULAR

CRITÉRIO ACR (AO MENOS 4 CRITÉRIOS POR 6 SEMANAS)	CRITÉRIO ACR-EULAR (AO MENOS 6 PONTOS)	PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA
1. ( ) Rigidez matinal 2. ( ) Artrite em 3 ou mais áreas 3. ( ) Artrite nas articulações das mãos 4. ( ) Artrite simétrica 5. ( ) Nódulos Reumatoides 6. ( ) Fator reumatóide positivo 7. ( ) Alterações radiológicas	1. Acometimento articular _____ pontos 2. Sorologia _____ pontos 3. Provas de atividade inflamatória ( ) VHS e PCR normais = 0 ponto ( ) VHS ou PCR alterado = 1 ponto 4. Duração dos sintomas: ( ) < 6 semanas = 0 ponto ( ) > ou = 6 semanas = 1 ponto  <b>PONTUAÇÃO:</b> _____	VHS: _____  PCR: _____  <i>OBRIGATÓRIO UMA DELAS PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS e ALVO ESPECÍFICO</i>

### 3. ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA (PREENCHER UM DELES) - OBRIGATÓRIO P/ SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS E ALVO-ESPECÍFICO

DAS 28: _____	CDAI: _____	SDAI: _____
---------------	-------------	-------------

### 4. TRATAMENTO:

CLASSES/FÁRMACO	ETAPA DE TRATAMENTO	ASSINALAR MEDICAMENTO SOLICITADO	INFORMAR MEDICAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE E TEMPO DE USO		
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL (AINE)	-----	( ) NAPROXENO			
GLICOCORTICOIDE	-----	( ) PREDNISONA			
IMUNOSSUPRESSORES	-----	( ) AZATIOPRINA ( ) CICLOSPORINA			
MMCD SINTÉTICO	PRIMEIRA	( ) METOTREXATO			
		( ) SULFASSALAZINA			
		( ) LEFLUNOMIDA			
		( ) CLOROQUINA ( ) HIDROXICLOROQUINA			
MMCD SINTÉTICO ALVO ESPECÍFICO	SEGUNDA E TERCEIRA	( ) TOFACITINIBE ( ) BARICITINIBE ( ) UPADACITINIBE (disponível a partir do 3º trimestre/2022)			
		MMCD BIOLÓGICOS		SEGUNDA E TERCEIRA	( ) ABATACEPTE ( ) ADALIMUMABE ( ) CERTOLIZUMABE ( ) ETANERCEPTE ( ) GOLIMUMABE ( ) INFLIXIMABE* ( ) TOCILIZUMABE*
MMCD BIOLÓGICOS	SEGUNDA E TERCEIRA				( ) RITUXIMABE

\* DOSE PRESCRITA \_\_\_\_\_ mg/Kg PARA MMCD BIOLÓGICOS: JÁ REALIZOU DOSE DE INDUÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não SE APLICA

### 5. PARA SOLICITAÇÃO DOS MEDICAMENTOS MMCD BIOLÓGICOS E ALVO-ESPECÍFICO - PREENCHER O QUADRO ABAIXO:

PPD Não reator ( )	Até 5mm ( )	Mais de 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? ( ) SIM ( ) NÃO	

6. ( ) **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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

CID-10: ( ) M080 ( ) M081 ( ) M082 ( ) M083 ( ) M084 ( ) M088 ( ) M089

## 1. DADOS PESSOAIS

Nome:	Peso:	Kg
CNS:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino	IDADE DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____ anos

## 2. CRITÉRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS:

DESCREVA OS SINAIS E SINTOMAS CONFORME SUBTIPO	
PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA (OBRIGATÓRIO UMA DELAS PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS)	VHS PCR:

## 3. OBRIGATÓRIO PARA MMCD biológicos

ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA	çJADAS:
-------------------------------	---------

## 4. TRATAMENTO:

SUBTIPOS	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
	1ª OPÇÃO	2ª OPÇÃO	3ª OPÇÃO	4ª OPÇÃO
SISTÊMICA SEM MANIFESTAÇÃO ATIVA E COM POLIARTRITE	( ) PREDNISONA ( ) TOCILIZUMABE *	( ) METOTREXATO ( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE* ( ) ABATACEPTE *		
SISTÊMICA COM MANIFESTAÇÃO ATIVA COM OU SEM ARTRITE	( ) PREDNISONA	( ) TOCILIZUMABE *	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE* ( ) ABATACEPTE * ( ) INFLIXIMABE *	
OLIGOARTICULAR	( ) PREDNISONA ( ) NAPROXENO	( ) METOTREXATO *	OLIGOARTICULAR ESTENDIDA ( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE* ( ) ABATACEPTE *	OLIGOARTICULAR ESTENDIDA ( ) ABATACEPTE * ( ) TOCILIZUMABE*
POLIARTICULAR	( ) PREDNISONA ( ) NAPROXENO ( ) METOTREXATO*	( ) LEFLUNOMIDA	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE* ( ) ABATACEPTE *	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE* ( ) ABATACEPTE * ( ) TOCILIZUMABE*
ARTRITE COM ENTESITE	( ) PREDNISONA ( ) NAPROXENO	( ) METOTREXATO * ( ) SULFASSALAZINA	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE*	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE*
ARTRITE PSORÍACA	( ) PREDNISONA ( ) NAPROXENO	( ) METOTREXATO * ( ) SULFASSALAZINA	( ) ETANERCEPTE ( ) ADALIMUMABE * ( ) INFLIXIMABE* ( ) ABATACEPTE*	
ARTRITE INDIFERENCIADA	SOLICITAÇÃO _____			

\*DOSE PRESCRITA \_\_\_\_\_ mg/Kg PARA MMCD biológicos: FEZ DOSE DE INDUÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

5. INFORMAR OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS OU EM USO CONSIDERANDO O SUBTIPO DE AIJ APRESENTADO: \_\_\_\_\_

## 6. PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DOS MEDICAMENTOS MMCD biológicos, PREENCHER O QUADRO ABAIXO:

PPD: Não reator ( ) Até 5mm ( ) Mais de 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 ( ) SIM ( ) NÃO	

7. ( ) DECLARO QUE O PACIENTE FOI AVALIADO E NÃO POSSUI CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS AO USO DO(S) MEDICAMENTO(S)

Médico solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (campo obrigatório)



# RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA ARTRITE PSORÍACA



CID-10: ( ) M070 ( ) M072 ( ) M073

## 1. DADOS PESSOAIS

Nome:	Peso:
CNS:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

## 2. PREENCHER OS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO ABAIXO:

CLASSIFICAÇÃO CASPAR	CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA ARTICULAR
PSORÍASE ATUAL ( ) 2 pontos	( ) ARTRITE PERIFÉRICA
HISTÓRIA PESSOAL DE PSORÍASE ( ) 1 ponto	( ) ARTRITE AXIAL
HISTÓRIA FAMILIAR DE PSORÍASE (FAMILIAR DE 1º OU 2º GRAU) ( ) 1 ponto	( ) ENTESITE
DISTROFIA UNGUEAL PSORIÁSICA TÍPICA ( ) 1 ponto	
FATOR REUMATÓIDE NEGATIVO ( ) 1 ponto	<b>PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA</b>
HISTÓRIA DE DACTILITE OU DACTILITE ATUAL ( ) 1 ponto	<b>OBRIGATÓRIO UMA DELAS PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS e ALVO ESPECÍFICO</b>
FORMAÇÃO ÓSSEA JUSTA-ARTICULAR À RADIOGRAFIA SIMPLES DE MÃOS OU PÉS * ( ) 1 ponto	
SOMATÓRIA DA PONTUAÇÃO _____ ( 3 OU + pontos)	VHS: _____ PCR: _____

\*Anexar exame (exceto para solicitação de troca de medicamento)

## 2.2. AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA - OBRIGATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS E ALVO-ESPECÍFICO

ACOMETIMENTO	ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA
ARTRITE PERIFÉRICA	DAPSA:
ARTRITE AXIAL	ASDAS:
ENTESITE	LEI:

## 3. MEDICAMENTO SOLICITADO:

CLASSES/FÁRMACO	ETAPA DE TRATAMENTO	ASSINALAR MEDICAMENTO SOLICITADO	INFORMAR MEDICAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE E TEMPO DE USO
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL	-----	( ) NAPROXENO	
GLICOCORTICOIDE	-----	( ) PREDNISONA	
IMUNOSSUPRESSORES	-----	( ) CICLOSPORINA	
MMCD SINTÉTICO	PRIMEIRA	( ) METOTREXATO	
		( ) SULFASSALAZINA	
		( ) LEFLUNOMIDA	
MMCD BIOLÓGICOS	SEGUNDA e TERCEIRA	( ) ADALIMUMABE	
		( ) ETANERCEPTE	
		( ) GOLIMUMABE	
		( ) INFliximabe	
MMCD BIOLÓGICOS	TERCEIRA	( ) CERTOLIZUMABE* ( ) SECUQUINUMABE*	
MMCD SINTÉTICO ALVO-ESPECÍFICO	TERCEIRA	( ) TOFACITINIBE*	

\* ( ) Paciente já realizou tratamento com MMCD biológico de 1ª linha por 12 semanas ou teve perda de resposta.

## 2.1 OBRIGATÓRIO PARA MMCD BIOLÓGICOS:

DOSE PRESCRITA \_\_\_\_\_ JÁ REALIZOU DOSE DE INDUÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA

## 4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO INICIAL OU MUDANÇA DE TRATAMENTO:

---



---

## 5. PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE MEDICAMENTOS MMCD BIOLÓGICOS, PREENCHER O QUADRO ABAIXO

PPD Não reator ( ) Até 5mm ( ) Mais de 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? ( ) SIM ( ) NÃO		

6. ( ) 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)

Referência: PORTARIA CONJUNTA nº 09 de 21/05/2021 - PCDT de Artrite Psoríaca

**Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescriptor.**

Documento atualizado em 04/2022



# RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA ESPONDILITE ANCILOSANTE



CID-10: ( ) M45 ( ) M468

## 1. DADOS PESSOAIS

Nome:	Peso:
CNS:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade de início da doença _____

## 2. CRITÉRIOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS (PREENCHER UM DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA)

PARA DOENÇA INICIAL (ATÉ 45 ANOS) CRITÉRIOS CLASSIFICAÇÃO ASAS PARA ESPONDILOARTRITES AXIAIS OU PERIFÉRICAS	PARA DOENÇA ESTABELECIDADA (ACIMA DE 45 ANOS) CRITÉRIOS CLASSIFICAÇÃO MODIFICADOS DE NOVA IORQUE PARA ESPONDILITE ANCILOSANTE
<b>CRITÉRIO OBRIGATÓRIO</b>	<b>CLÍNICOS</b>
( ) Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos	( ) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração ( ) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal ( ) Expansão torácica diminuída
<b>CRITÉRIOS POSSÍVEIS</b>	<b>RADIOGRÁFICOS</b>
( ) Sacroileíte em exames de imagem* e, pelo menos 1 característica de Espondiloartrite OU ( ) HLA-B27* e 2 ou mais características de espondiloartrite	( ) Radiografia com detecção de sacroileíte bilateral graus 2-4* ( ) Radiografia com detecção de sacroileíte unilateral graus 3 ou 4*

\*Anexar exame (exceto para solicitação de troca de medicamento)

### 2.1. PROVAS DE ATIVIDADE INFLAMATÓRIA (PREENCHER UMA DELAS) - OBRIGATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS

VHS:	PCR:
------	------

### 2.2. ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA (PREENCHER UM DELES) - OBRIGATÓRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICOS

BASDAI:	ASDAS:
---------	--------

## 3. PRESCRIÇÃO

CLASSES/FÁRMACO	ETAPA DE TRATAMENTO	ASSINALAR MEDICAMENTO SOLICITADO	INFORMAR MEDICAMENTOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE E TEMPO DE USO
ANTI-INFLAMATÓRIO NÃO ESTEROIDAL (AINE)	-----	( ) NAPROXENO	
IMUNOSSUPRESSORES	-----	( ) AZATIOPRINA ( ) CICLOSPORINA	
MMCD SINTÉTICO	PRIMEIRA	( ) METOTREXATO ( ) SULFASSALAZINA	
MMCD BIOLÓGICOS	SEGUNDA E TERCEIRA	( ) ADALIMUMABE ( ) CERTOLIZUMABE ( ) ETANERCEPTE ( ) GOLIMUMABE ( ) INFILIXIMABE* ( ) SECUQUINUMABE	

### 3.1 OBRIGATÓRIO PARA MMCD BIOLÓGICOS:

- \*DOSE PRESCRITA \_\_\_\_\_ JÁ REALIZOU DOSE DE INDUÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APLICA
- PACIENTE REALIZOU TRATAMENTO COM AINE POR NO MÍNIMO 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

### 3.2 OBRIGATÓRIO PARA SECUQUINUMABE: PACIENTE APRESENTOU FALHA OU HIPERSENSIBILIDADE COM Anti-TNF EM DOSE ADEQUADA POR 6 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO

## 4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO INICIAL OU MUDANÇA DE TRATAMENTO:

## 5. PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE MEDICAMENTOS MMCD BIOLÓGICOS, PREENCHER O QUADRO ABAIXO

PPD Não reator ( ) Até 5mm ( ) Mais de 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? ( ) SIM ( ) NÃO

## 6. ( ) 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)