RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO P/SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS P/:

ARTRITE REUMATOIDE ( ) CID M_____ ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL ( ) CID M_____
ESPONDILITE ANCILOSANTE ( ) CID M45 OUTRAS ESPONDILOPATIAS INFLAMATÓRIAS ESPECIFICADAS ( ) M46.8 ARTROPATIA PSORIÁSICA ( ) M07.0 ( ) M07.2)M07.3

Adalimumabe( ) Etanercepte( ) Infliximabe( ) Certolizumabe( ) Golimumabe( ) Abatacepte( ) Rituximabe( ) Tocilizumabe( ) Tofacitinibe( ) Baricitinibe ( )

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 ( )	**<u>*Anexar Laudos</u>**

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_____ CPDAI_____ MASES_____

*Médico Solicitante*_____*CRM*_____*UF* _____

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

Referência: PORTARIA nº 16, de 03/09/2021 -PCDT Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil, PORTARIA Nº 25 de 22/10/2018- PCDT Espondilite Ancilosante e PORTARIA Nº 9 DE 21/05/2021- PCDT Artrite Psoriásica.
<u>Todos os campos são de preenchimento obrigatório</u>

CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR
Av. Pref. Lothário Meissner, 350 - Jardim Botânico - Curitiba/PR - CEP 80.210-170
Fone (41) 3360-6700 Fax (41) 3360-6703