

RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)



CID: () G35				
1. DADOS DO PACIENTE				
Nome: _____				
CNS: _____		Data de Nascimento: ____/____/____		
Sexo: () Feminino () Masculino				
2. AVALIAÇÃO CLÍNICA				
() EM-RR – REMITENTE-RECORRENTE		() EM-PP – PRIMARIAMENTE PROGRESSIVA		
() EM-SP – SECUNDARIAMENTE PROGRESSIVA		() SÍNDROME CLINICAMENTE ISOLADA		
3. MEDICAMENTO SOLICITADO				
EM-RR DE BAIXA OU MODERADA ATIVIDADE				
1ª LINHA		2ª LINHA	3ª LINHA	
() AZATIOPRINA	() GLATIRÂMÉR	() TERIFLUNOMIDA	() FINGOLIMODE	() NATALIZUMABE
() BETAINTERFERONA	() FUMARATO DE DIMETILA			
EM-R DE ALTA ATIVIDADE				
1ª LINHA		2ª LINHA		
() NATALIZUMABE		() ALENTUZUMABE		
MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS E TEMPO DE TRATAMENTO: _____				
PARA SOLICITAÇÃO DE FUMARATO DE DIMETILA: PACIENTE JÁ FEZ USO DA DOSE INICIAL DE 120MG? () SIM () NÃO				
4. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO				
EXAME / AVALIAÇÃO	DATA DA REALIZAÇÃO	RESULTADO		
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO (anexar laudo)	____/____/____	_____ (nº de lesões)		
NÚMERO DE SURTOS		_____		
ESCALA EXPANDIDA DO ESTADO DE INCAPACIDADE (EDSS):	____/____/____	_____ (nº de pontos)		
5. NO CASO DE EM-RR DE ALTA ATIVIDADE, ASSINALE O CRITÉRIO DE INCLUSÃO CORRESPONDENTE:				
() Incidência de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta e evidência de pelo menos uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior em pacientes não tratados;				
() Atividade da doença no ano anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, na ausência de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou não adesão ao tratamento, apresentando pelo menos um surto no último ano durante o tratamento e evidência de pelo menos nove lesões hiperintensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio				
6. EXAMES COMPLEMENTARES PARA SOLICITAÇÃO DE TERIFLUNOMIDA				
PPD (PROVA TUBERCULÍNICA)	PPD NÃO REATOR () ATÉ 5mm () MAIS DE 5mm ()			
SE PPD > OU = 5MM	TRATAMENTO PARA TB LATENTE: () SIM () NÃO			
RAIO X DE TÓRAX	() NORMAL () ALTERADO			
*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.				
7. EXAMES COMPLEMENTARES PARA SOLICITAÇÃO DE ALENTUZUMABE				
PPD (PROVA TUBERCULÍNICA)	PPD NÃO REATOR () ATÉ 5mm () MAIS DE 5mm ()			
SE PPD > OU = 5MM	TRATAMENTO PARA TB LATENTE: () SIM () NÃO			
RAIO X DE TÓRAX:	() NORMAL () ALTERADO			
REALIZOU TRIAGEM DE HPV (PACIENTE SEXO FEMININO):	() SIM () NÃO			
HIV+	() 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.				
() DECLARO QUE O PACIENTE FOI AVALIADO E NÃO POSSUI CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS AO USO DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S) CONFORME PCDT DE ESCLEROSE MÚLTIPLA				
MÉDICO SOLICITANTE: _____		CRM: _____	UF: _____	
ASSINATURA E CARIMBO: _____		DATA: ____/____/____		
Referência: Portaria SAES/MS nº 01, de 07 de janeiro de 2022 – PCDT de Esclerose Múltipla. Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescriptor. Atualizado em 09/2022.				