



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____															
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Informar o subtipo de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) apresentada pelo paciente: ☐ Sistêmico; ☐ AIJ oligoarticular; ☐ AIJ poliarticular com FR positivo; ☐ AIJ poliarticular com FR negativo; ☐ Artrite psoriásica; ☐ Artrite relacionada a entesite; ☐ Artrite indiferenciada. 2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (informar quais critérios de inclusão abaixo o paciente apresenta): ☐ Artrite. ☐ Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana). ☐ Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia generalizada. ☐ Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença. ☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença. ☐ Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses. ☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações). ☐ Fator reumatoide negativo. ☐ Artrite e Psoríase. ☐ Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente do primeiro grau com psoríase. ☐ Artrite e Entesite. ☐ Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a dígito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27: espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroilite, artrite reativa, uveíte anterior aguda. ☐ Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos. ☐ Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos. 2.3 INFORMAR se o paciente apresente algum dos diagnósticos abaixo: <table border="1"><tr><td>Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilite com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de artrite sistêmica no paciente.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr></table> 2.4 Para AIJ OLIGOARTICULAR: presença de contratura? ☐ SIM ☐ NÃO	Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐	Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilite com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐
Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐														
Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilite com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐														



3	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:		
	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM ☐	NÃO ☐
	Infecção ativa	SIM ☐	NÃO ☐
	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM ☐	NÃO ☐
	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM ☐	NÃO ☐
	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM ☐	NÃO ☐
	Hepatite B aguda	SIM ☐	NÃO ☐
	Hepatite C aguda	SIM ☐	NÃO ☐
	Gestante	SIM ☐	NÃO ☐
	Lactante	SIM ☐	NÃO ☐
	Porfiria	SIM ☐	NÃO ☐
	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM ☐	NÃO ☐
	Cistite hemorrágica	SIM ☐	NÃO ☐
	Neoplasia nos últimos cinco anos	SIM ☐	NÃO ☐
	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM ☐	NÃO ☐
	Doença neurológica desmielinizante	SIM ☐	NÃO ☐
	Esclerose múltipla	SIM ☐	NÃO ☐
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM ☐	NÃO ☐	
PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.			
4	INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações): _____ _____ _____		
5	INFORMAR O JADAS CLÍNICO DO(A) PACIENTE para inclusão/troca de medicamentos biológicos (apenas para AIJ oligoarticular e poliarticular): cJADAS: _____		
6	PARA SOLICITAÇÕES DE MMCDbio, CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb), RELATAR: _____ _____		
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico		