



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE PSORÍACA



7	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE CERTOLIZUMABE PEGOL, SECUQUINUMABE OU TOFACITINIBE:</p> <p>Justificar a indicação do medicamento prescrito e/ou motivo da não prescrição de MMCDbio de primeira linha (Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe ou Infliximabe).</p> <hr/> <hr/>																																																																					
8	<p>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</p> <table border="1"><tr><td data-bbox="192 496 1415 530">Sangramento gastrointestinal não controlado</td><td data-bbox="1161 496 1209 530">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 496 1399 530">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 541 1415 574">Úlcera gastroduodenal</td><td data-bbox="1161 541 1209 574">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 541 1399 574">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 586 1415 619">Terapia dialítica crônica</td><td data-bbox="1161 586 1209 619">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 586 1399 619">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 631 1415 664">Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos</td><td data-bbox="1161 631 1209 664">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 631 1399 664">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 676 1415 709">Infecção fúngica ameaçadora à vida</td><td data-bbox="1161 676 1209 709">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 676 1399 709">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 720 1415 754">Infecção por herpes-zoster ativa</td><td data-bbox="1161 720 1209 754">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 720 1399 754">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 765 1415 799">Gestação</td><td data-bbox="1161 765 1209 799">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 765 1399 799">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 810 1415 844">Lactação</td><td data-bbox="1161 810 1209 844">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 810 1399 844">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 855 1415 889">Possibilidade de concepção (mulheres e homens)</td><td data-bbox="1161 855 1209 889">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 855 1399 889">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 900 1415 934">Porfiria</td><td data-bbox="1161 900 1209 934">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 900 1399 934">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 945 1415 979">Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil</td><td data-bbox="1161 945 1209 979">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 945 1399 979">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 990 1415 1024">Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada</td><td data-bbox="1161 990 1209 1024">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 990 1399 1024">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1035 1415 1069">Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos</td><td data-bbox="1161 1035 1209 1069">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1035 1399 1069">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1080 1415 1114">Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV</td><td data-bbox="1161 1080 1209 1114">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1080 1399 1114">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1125 1415 1158">Doença neurológica desmielinizante</td><td data-bbox="1161 1125 1209 1158">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1125 1399 1158">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1170 1415 1203">Outras doenças inflamatórias osteoarticulares</td><td data-bbox="1161 1170 1209 1203">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1170 1399 1203">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1215 1415 1248">Insuficiência renal</td><td data-bbox="1161 1215 1209 1248">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1215 1399 1248">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1260 1415 1293">Insuficiência hepática</td><td data-bbox="1161 1260 1209 1293">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1260 1399 1293">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1304 1415 1338">Infecção pelo HIV</td><td data-bbox="1161 1304 1209 1338">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1304 1399 1338">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1349 1415 1383">Hepatite B aguda</td><td data-bbox="1161 1349 1209 1383">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1349 1399 1383">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1394 1415 1428">Hepatite C aguda:</td><td data-bbox="1161 1394 1209 1428">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1394 1399 1428">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1439 1415 1473">Imunodeficiência:</td><td data-bbox="1161 1439 1209 1473">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1439 1399 1473">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td data-bbox="192 1484 1415 1518">Risco de tromboembolismo venoso:</td><td data-bbox="1161 1484 1209 1518">SIM <input type="checkbox"/></td><td data-bbox="1320 1484 1399 1518">NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Terapia dialítica crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Gestação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Lactação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Possibilidade de concepção (mulheres e homens)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Porfiria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença neurológica desmielinizante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Outras doenças inflamatórias osteoarticulares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecção pelo HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite B aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite C aguda:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Imunodeficiência:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de tromboembolismo venoso:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Úlcera gastroduodenal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Terapia dialítica crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção por herpes-zoster ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Gestação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Lactação	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Possibilidade de concepção (mulheres e homens)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Porfiria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Doença neurológica desmielinizante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Outras doenças inflamatórias osteoarticulares	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Insuficiência hepática	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Infecção pelo HIV	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hepatite B aguda	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Hepatite C aguda:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Imunodeficiência:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
Risco de tromboembolismo venoso:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																																				
9	<p>PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA:</p> <p>Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</p>																																																																					
10	<p>PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFILXIMABE, SECUQUINUMABE E TOFACITINIBE, 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:</p> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																					



11	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/>
12	<p>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 19/08/2022