



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE PSORÍACA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																								
2	INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																								
3	ACOMETIMENTO (indicar a manifestação musculoesquelética <u>predominante</u>): AP Periférica – Artrite/Dactilite <input type="checkbox"/> AP Axial e Entesite <input type="checkbox"/>																								
4	INFORMAR O ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM O ACOMETIMENTO: <ul style="list-style-type: none">• DAPSA (<i>Disease Activity in Psoriatic Arthritis</i>): _____ (artrite periférica)• ASDAS (<i>Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score</i>): _____ (artrite axial)• LEI (<i>Leeds Enthesitis Index</i>): _____ (entesites)• PASI (<i>Psoriasis Area Severity</i>): _____ (componente de pele)																								
5	CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO (<i>Classification Criteria for Psoriatic Arthritis - CASPAR</i>): 1) Apresenta doença articular inflamatória: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 2) Marcar presença dos critérios abaixo: <table border="1" data-bbox="228 1408 1442 1711"><thead><tr><th>CATEGORIAS</th><th>PONTOS</th><th>MARCAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Psoríase Atual</td><td>2</td><td></td></tr><tr><td>História pessoal de Psoríase</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Fator reumatóide negativo</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>História de dactilite ou dactilite atual</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés</td><td>1</td><td></td></tr></tbody></table>	CATEGORIAS	PONTOS	MARCAR	Psoríase Atual	2		História pessoal de Psoríase	1		História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)	1		Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)	1		Fator reumatóide negativo	1		História de dactilite ou dactilite atual	1		Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés	1	
CATEGORIAS	PONTOS	MARCAR																							
Psoríase Atual	2																								
História pessoal de Psoríase	1																								
História familiar de Psoríase (familiar de 1º ou 2º grau)	1																								
Distrofia ungueal psoriásica típica (observada no exame físico atual)	1																								
Fator reumatóide negativo	1																								
História de dactilite ou dactilite atual	1																								
Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés	1																								
6	TRATAMENTOS PRÉVIOS (AINES, GLICOCORTICOIDES, MMCDs, MMCDbio e MMCDsae) É NECESSÁRIO CITAR MEDICAMENTOS, DOSE E TEMPO DE USO DE TODOS OS MEDICAMENTOS UTILIZADOS (detalhar recidivas, intolerância, falha terapêutica, contraindicações e tratamento atual) _____ _____ _____ _____ _____																								



7	PARA SOLICITAÇÃO DE CERTOLIZUMABE PEGOL, SECUQUINUMABE OU TOFACITINIBE: Justificar a indicação do medicamento prescrito e/ou motivo da não prescrição de MMCDbio de primeira linha (Adalimumabe, Etanercepte, Golimumabe ou Infliximabe). 																																																																					
8	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Sangramento gastrointestinal não controlado</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlcera gastroduodenal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Terapia dialítica crônica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção fúngica ameaçadora à vida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção por herpes-zoster ativa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Gestação</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lactação</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Possibilidade de concepção (mulheres e homens)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Porfiria</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Forma sistêmica de artrite idiopática juvenil</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença neurológica desmielinizante</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Outras doenças inflamatórias osteoarticulares</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência hepática</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção pelo HIV</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite B aguda</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite C aguda:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Imunodeficiência:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco de tromboembolismo venoso:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>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	PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</div>																																																																					
10	PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, INFlixIMABE, 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 (LTB), RELATAR: 																																																																					



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