



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE REATIVA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 DIAGNÓSTICO: ☐ Definitivo ☐ Provável 2.3 INDICAR O INTERVALO DA INFECÇÃO PRECEDENTE PARA O INÍCIO DO QUADRO ARTICULAR: _____. (em semanas) 2.4 INFORMAR A PRESENÇA DOS CRITÉRIOS AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) 1999: <u>Critérios maiores:</u> ☐ Artrite com pelo menos 2 de 3 características (assimétrica, mono ou oligoarticular, acometimento de membros inferiores); ☐ Infecção sintomática precedendo o quadro articular com pelo menos uma das características (enterite – diarreia por ao menos um dia entre 3 dias a 6 semanas do início da artrite; uretrite – disúria ou descarga uretral por ao menos um dia entre 3 dias a 6 semanas do início da artrite). <u>Critérios menores:</u> ☐ Evidência de infecção da uretra ou do colo uterino por Chlamydia trachomatis; ☐ Cultura de fezes positiva para patógenos entéricos acima mencionados e reação em cadeia de polimerase (PCR, sigla em Inglês) positiva para Chlamydia no líquido sinovial.
3	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: _____ Hipersensibilidade a salicilatos e sulfonamidas SIM ☐ NÃO ☐ _____ Espondilite Anquilosante (quadro axial) ou Artrite Psoriaca (quadro periférico) SIM ☐ NÃO ☐ _____



4	RELATAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS:
5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico