



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE REUMATOIDE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 DIAGNÓSTICO (preencher pelo menos um dos Critérios de Classificação abaixo): ● Critérios ACR (American College of Rheumatology) 1987: <input type="checkbox"/> 1) Rigidez matinal; <input type="checkbox"/> 2) Artrite de 3 ou mais áreas articulares; <input type="checkbox"/> 3) Artrite de mãos; <input type="checkbox"/> 4) Artrites simétricas; <input type="checkbox"/> 5) Nódulos reumatoides; <input type="checkbox"/> 6) Fator Reumatoide positivo; <input type="checkbox"/> 7) Alterações radiográficas. TOTAL DE CRITÉRIOS: _____ ● Critérios ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) 2010: 1. Acometimento articular <input type="checkbox"/> 1 grande articulação: 0 pontos <input type="checkbox"/> 2 a 10 articulações grandes: 1 ponto <input type="checkbox"/> 1 a 3 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 2 pontos <input type="checkbox"/> 4 a 10 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 3 pontos <input type="checkbox"/> > 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação): 5 pontos 2. Sorologia (pelo menos um resultado é necessário) <input type="checkbox"/> Fator Reumatoide (FR) e anticorpos antiptéidos citrulinados cíclicos (anti-CCP): 0 pontos <input type="checkbox"/> Fator reumatoide ou anti-CCP em baixos títulos: 2 pontos <input type="checkbox"/> Fator reumatoide ou anti-CCP em altos títulos: 3 pontos 3. Provas de atividades inflamatórias (pelo menos 1 resultado é necessário) <input type="checkbox"/> VHS e PCR normais: 0 pontos <input type="checkbox"/> VHS ou PCR alterados: 1 ponto 4. Duração dos sintomas <input type="checkbox"/> Duração dos sintomas < 6 semanas: 0 pontos <input type="checkbox"/> Duração dos sintomas ≥ 6 semanas: 1 ponto TOTAL DE PONTOS: _____



2.3 CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA - informar pelo menos um dos índices abaixo:

- DAS 28 (*Disease Activity Score, 28 joints*): _____
- SDAI (*Simplified Disease Activity Score*): _____
- CDAI (*Clinical Disease Activity Score*): _____

3 INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:

Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Exposição à tuberculose/residência em área de TB endêmica ou micoses endêmicas	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção ativa, recorrente ou crônica, grave, oportunista ou localizada	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 e herpes simples ativa	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Insuficiência hepática grave	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"/>
Gestante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Lactante	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Porfiria	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Retinopatia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Cistite hemorrágica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Neoplasia 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"/>
Esclerose múltipla	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco ou histórico de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Risco para embolia pulmonar (EP)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

4 PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA 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.

5 INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações):



6	PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO OU MMCD ALVO ESPECÍFICO: Serão associados ao metotrexato? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Caso a resposta seja negativa, justificar a monoterapia, a associação à SULFASSALAZINA ou LEFLUNOMIDA: 															
7	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever todos os medicamentos que serão utilizados para o tratamento da Artrite Reumatoide): <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Medicamento(s)</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Medicamento(s)	Posologia	1			2			3			4		
	Medicamento(s)	Posologia														
1																
2																
3																
4																
8	PARA SOLICITAÇÃO DE RITUXIMABE: relatar contraindicações à Abatacete, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tocilizumabe, Baricitinibe, Tofacitinibe E Upadacitinibe; Justificar a indicação do medicamento prescrito. 															
9	PARA SOLICITAÇÃO DE MMCDbio ou MMCDsae, 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: 															
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 															
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>															