



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: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	2.2 DIAGNÓSTICO (preencher <u>pelo menos um</u> 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 reumatoideos; <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 antipeptídeos 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: _____



	<p>2.3 CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA - informar pelo menos um dos índices abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none">• DAS 28 (<i>Disease Activity Score, 28 joints</i>): _____• SDAI (<i>Simplified Disease Activity Score</i>): _____• CDAI (<i>Clinical Disease Activity Score</i>): _____																																																																					
3	<p>INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:</p> <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>Exposição à tuberculose/residência em área de TB endêmica ou micoses endêmicas</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecção ativa, recorrente ou crônica, grave, oportunista ou localizada</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 e herpes simples ativa</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência hepática grave</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>Gestante</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Lactante</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>Retinopatia</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>Cistite hemorrágica</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Neoplasia 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>Esclerose múltipla</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Leucoencefalopatia multifocal progressiva</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco iminente de perfuração intestinal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco ou histórico de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo venoso</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Risco para embolia pulmonar (EP)</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"/>	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"/>
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	<p>PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA 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 style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</p>																																																																					
5	<p>INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																																																																					



6	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO OU MMCD ALVO ESPECÍFICO:</p> <p>Serão associados ao metotrexato? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Caso a resposta seja negativa, justificar a monoterapia, a associação à SULFASSALAZINA ou LEFLUNOMIDA:</p> <hr/> <hr/>										
7	<p>ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever todos os medicamentos que serão utilizados para o tratamento da Artrite Reumatoide):</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Medicamento(s)</th><th style="text-align: center; background-color: #cccccc;">Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td></td></tr></tbody></table>	Medicamento(s)	Posologia	1		2		3		4	
Medicamento(s)	Posologia										
1											
2											
3											
4											
8	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE RITUXIMABE: relatar contraindicações à Abatacete, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etarnecepte, Golimumabe, Infliximabe, Tocilizumabe, Baricitinibe, Tofacitinibe E Upadacitinibe; Justificar a indicação do medicamento prescrito.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
9	<p>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:</p> <hr/> <hr/> <hr/>										
10	<p>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</p> <hr/> <hr/>										
11	<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>										