



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTROPATIAS ENTEROPÁTICAS

|   |                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____                                                                                                                                                     |
| 2 | <b>CID-10:</b><br><input type="checkbox"/> M07.4 Artropatia na doença de Crohn [enterite regional]<br><input type="checkbox"/> M07.5 Artropatia na Colite Ulcerativa<br><input type="checkbox"/> M07.6 Outras Artropatias Enteropáticas |
| 3 | <b>DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO</b> (Diagnóstico – quadro clínico – evolução)<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                        |
| 4 | <b>TEMPO DE TRATAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> 8 Semanas <input type="checkbox"/> 12 Semanas <input type="checkbox"/> 16 Semanas                                                                                                  |
| 5 | <b>O PACIENTE UTILIZA OUTRAS MEDICAÇÕES IMUNOSSUPRESSORAS?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Se sim, descreva:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                       |
| 6 | <b>O PACIENTE RECEBEU PRESCRIÇÕES NUTRICIONAIS OU DIETÉTICAS?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Se sim, descreva:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                    |
| 7 | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br><br>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e carimbo: _____<br><div style="text-align: right;">Médico</div>                  |