



## ÍNDICE DE HARVEY-BRADSHAW (DOENÇA DE CROHN)

NOME CIVIL DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

Variável	Descrição	Escore
1	Bem-estar geral	0 = muito bem 1 = levemente comprometido 2 = ruim 3 = muito ruim 4 = péssimo
2	Dor abdominal	0 = nenhuma 1 = leve 2 = moderada 3 = acentuada
3	Número de evacuações líquidas por dia	1 por cada evacuação
4	Massa abdominal	0 = ausente 1 = duvidosa 2 = definida 3 = definida e dolorosa
5	Complicações	1 por item: • Artralgia • Uveíte • Eritema nodoso • Úlcera aftosa • Pioderma gangrenoso • Fissura anal • Nova fístula • Abscesso
Total	Soma dos escores das variáveis de 1 a 5	

FONTE: Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas/MS

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo do médico responsável



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE CROHN

1	<p><b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____</p> <p><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____</p>
2	<p><b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b></p> <p><b>2.1 DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REGIÃO ACOMETIDA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b></p> _____ _____ _____ _____
2	<p><b>2.2 FASE DA DOENÇA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Em atividade inflamatória    <input type="checkbox"/> Em remissão clínica</p> <p><b>2.3 HÁ PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM    <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se <b>SIM</b>, descrever detalhadamente as características das manifestações extraintestinais ou sistêmicas: _____ _____ _____</p>
3	<p><b>PACIENTE APRESENTA FÍSTULAS PERIANAIS?</b></p> <p><input type="checkbox"/> SIM    <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se <b>SIM</b>, indicar: <input type="checkbox"/> Simples    <input type="checkbox"/> Complexas</p>
4	<p><b>TRATAMENTO PRÉVIO:</b></p> <p>Marcar os medicamentos utilizados, motivo(s) da interrupção do tratamento ou se há contraindicação ao uso.</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizou tratamento prévio</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfassalazina    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mesalazina    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Azatioprina    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Metotrexato    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infliximabe    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Adalimumabe    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Certolizumabe    <input type="checkbox"/> Falha terapêutica    <input type="checkbox"/> Intolerância    <input type="checkbox"/> Contraindicação: _____ Tempo de utilização: _____</p>



	<b>TRATAMENTO PRÉVIO (continuação):</b> Indicar utilização de outros medicamentos ou outra informação relevante:   
<b>5</b>	<b>MEDICAMENTO(S) EM USO:</b> Marcar os medicamentos em uso atualmente:  <input type="checkbox"/> Sulfassalazina <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Mesalazina <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Azatioprina <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Metotrexato <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Infliximabe <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Adalimumabe <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Certolizumabe <input type="checkbox"/> Indução da remissão <input type="checkbox"/> Manutenção da remissão    Dose: _____ <input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante:     
<b>6</b>	<b>PARA SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, INFILIXIMABE E CERTOLIZUMABE:</b> <b>6.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  <b>6.2 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  Caso NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT)/IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCOLOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCOLOSIS (ILTb), RELATAR:     
<b>7</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>   
<b>8</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: _____ / _____ / _____  Assinatura e carimbo: _____