



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE MÚLTIPLA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Primeiro sintoma/sinal Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ 2.2 Sintomas e sinais subsequentes Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ Data: ____/____/____ Sintomas e sinais: _____ 2.3 Forma de evolução clínica <input type="checkbox"/> Remitente-Recorrente (EM-RR) <input type="checkbox"/> Secundariamente Progressiva (EM-SP) <input type="checkbox"/> Primariamente Progressiva (EM-PP) <input type="checkbox"/> Síndrome Clinicamente Isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS) <input type="checkbox"/> Outra: (especificar): _____ 2.4 Atividade da doença <input type="checkbox"/> Baixa ou moderada atividade <input type="checkbox"/> Alta atividade* <i>* Nota: Após o tratamento e controle da fase de alta atividade da doença, o paciente pode ser realocado para qualquer outra linha de tratamento da EM de atividade baixa ou moderada.</i> 2.5 Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual: _____
3	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Informar se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <input type="checkbox"/> Deficiência de vitamina B12 <input type="checkbox"/> Infecção por HIV <input type="checkbox"/> Neurolues
4	EXAMES COMPLEMENTARES (Anexar cópias dos resultados, caso os exames tenham sido realizados) Líquor (Data: ____/____/____) PEV (Data: ____/____/____) Resultado normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Resultado normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique: _____ Especifique: _____ _____ _____



5	TRATAMENTOS REALIZADOS ATÉ O MOMENTO: <input type="checkbox"/> Pulsoterapia/Metilprednisolona ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ <input type="checkbox"/> Betainterferona Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Glatirâmer Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Teriflunomida Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumarato de Dimetila Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fingolimode Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Natalizumabe Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Cladribina Falha terapêutica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Intolerância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												
6	PARA USO DE FINGOLIMODE: Informar-se o (a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada</td><td><input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular</td><td><input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal</td><td><input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva</td><td><input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca</td><td><input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada</td><td><input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada	<input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos	<input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular	<input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial	<input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio	<input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial não controlada	<input type="checkbox"/> Uso de betabloqueadores ou antiarrítmicos												
<input type="checkbox"/> Bloqueio atrioventricular	<input type="checkbox"/> Bloqueio cardíaco sinoatrial												
<input type="checkbox"/> Doença do nó sinusal	<input type="checkbox"/> Doença cardíaca isquêmica												
<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Histórico de infarto do miocárdio												
<input type="checkbox"/> Histórico de parada cardíaca	<input type="checkbox"/> Doença cerebrovascular												
<input type="checkbox"/> Apneia do sono grave não tratada	<input type="checkbox"/> Uso de medicamentos que alterem o mecanismo de condução cardíaca												
7	PARA USO DE NATALIZUMABE: Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor</td><td><input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Micose sistêmica nos últimos 6 meses</td><td><input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses</td><td><input type="checkbox"/> Infecção atual ativa</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose</td><td><input type="checkbox"/> Neoplasia maligna</td></tr></table> ATENÇÃO: Para uso do Natalizumabe, os pacientes devem estar sem receber imunomodulador por pelo menos 45 dias ou azatioprina por 3 meses, sendo esta uma condição <u>indispensável</u> para sua administração.	<input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos		<input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor	<input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC	<input type="checkbox"/> Micose sistêmica nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Infecção atual ativa	<input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna		
<input type="checkbox"/> Tratamento anterior com Natalizumabe por mais de 2 anos													
<input type="checkbox"/> Uso anterior de imunossupressor	<input type="checkbox"/> Resultado positivo para anticorpo anti-VJC												
<input type="checkbox"/> Micose sistêmica nos últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Herpes Grave nos últimos 3 meses												
<input type="checkbox"/> Outra infecção oportunista nos últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Infecção atual ativa												
<input type="checkbox"/> Suspeita ou diagnóstico de Tuberculose	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna												



8 PARA USO DE CLADRIBINA ORAL:

8.1 Paciente já utilizou este medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, informar data(s) e dose utilizadas: _____

8.2 Informar ciclo de tratamento solicitado: _____

Observação: Conforme PCDT, a dose cumulativa recomendada da Cladribina oral é de 3,5 mg/kg de peso corporal em 2 anos, administrada como 1 ciclo de tratamento de 1,75 mg/kg por ano. Cada ciclo de tratamento consiste em 2 semanas de tratamento (4 ou 5 dias), uma no início do primeiro mês e outra no início do segundo mês do respectivo ano de tratamento. Após a conclusão dos 2 ciclos de tratamento, não são necessários tratamentos adicionais com cladribina.

8.3 Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:

- ☐ Infecção crônica ativa (tuberculose ou hepatite)
- ☐ Infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- ☐ Terapia com imunossuppressores ou mielossuppressores
- ☐ Malignidade ativa
- ☐ Insuficiência renal moderada ou grave (depuração da creatinina <60 mL/min)
- ☐ Gravidez e lactação
- ☐ Infecção por Herpes zoster
- ☐ Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes

9 PARA USO DE ALENTUZUMABE:

9.1 Paciente já utilizou este medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, informar data da última aplicação: _____

9.2 Informar ciclo de tratamento solicitado: _____

Observação: Conforme PCDT, o primeiro ciclo corresponde ao tratamento inicial [5 dias consecutivos (dose total de 60 mg)]. Os demais ciclos adicionais, são de 3 dias consecutivos (dose total de 36 mg), administrados pelo menos 12 meses depois do tratamento anterior.

9.3 Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:

- ☐ Hipertensão não controlada
- ☐ Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- ☐ História de acidente vascular cerebral
- ☐ História de dissecação de artéria cervicocefálica
- ☐ História de angina de peito ou infarto do miocárdio
- ☐ Infecção ativa grave até a resolução completa da infecção
- ☐ Coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante
- ☐ Hipersensibilidade a substância ativa ou a qualquer um dos excipientes



10	<p>PARA SOLICITAÇÕES DE CLADRIBINA ORAL, TERIFLUNOMIDA E ALENTUZUMABE:</p> <p>Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p><u>ATENÇÃO:</u> Antes do início do tratamento com estes medicamentos deve ser realizado a triagem para Tuberculose, conforme PCDT.</p></div>
11	<p>OUTRAS INFORMAÇÕES:</p> <hr/> <hr/> <hr/>
12	<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>



ESCALA DE EDSS – ESCLEROSE MÚLTIPLA

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ DATA: _____

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____

FUNÇÕES PIRAMIDAIS	
Normal	0
Sinais Anormais sem incapacidade	1
Incapacidade mínima	2
Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave	3
Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada ou monoplegia	4
Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia	5
Quadriplegia	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES CEREBELARES	
Normal	0
Sinais anormais sem incapacidade	1
Ataxia discreta em qualquer membro	2
Ataxia moderada de tronco ou de membros	3
Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia	4
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL	
Normal	0
Somente sinais anormais	1
Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve	2
Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos	3
Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada	4
Incapacidade de deglutir ou falar	5
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES SENSITIVAS	
Normal	0
Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros	1
Diminuição discreta de tato ou dor ou da sensibilidade posicional e/ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros	2
Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional e/ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor e/ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros	3
Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor e/ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros.	4
Perda da sensibilidade de 1-2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça.	5
Anestesia da cabeça para baixo	6
Desconhecido	(*)



FUNÇÕES VESICAIS	
Normal	0
Sintomas urinários sem incontinência	1
Incontinência < ou igual uma vez por semana	2
Incontinência > ou igual uma vez por semana	3
Incontinência diária ou mais que 1 vez por dia	4
Caracterização contínua	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES INTESTINAIS	
Normal	0
Obstipação menos que diária sem incontinência	1
Obstipação diária sem incontinência	2
Incontinência < uma vez semana	3
Incontinência > uma vez semana	4
Sem controle de esfíncter retal	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES VISUAIS	
Normal	0
Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30	1
Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59	2
Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99	3
Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	4
Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	5
Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES MENTAIS	
Normal	0
Alteração apenas do humor	1
Diminuição discreta da mentação	2
Diminuição normal da mentação	3
Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica)	4
Demência ou grave síndrome cerebral crônica	5
Desconhecido	(*)
OUTRAS FUNÇÕES	
Nenhuma	0
Qualquer outro achado devido à EM	1
Desconhecido	(*)

Assinatura e carimbo do médico: _____