



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESPONDILITE ANCILOSANTE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____						
2	INFORMAR características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____						
3	ACOMETIMENTO (indicar a manifestação musculoesquelética predominante): <input type="checkbox"/> Lombalgia inflamatória e entesite <input type="checkbox"/> Artrite periférica						
4	DIAGNÓSTICO (preencher pelo menos um dos Critérios de Classificação abaixo): <ul style="list-style-type: none">• Critério de classificação ASAS (<i>Assessment of SpondyloArthritis International Society</i>)<ul style="list-style-type: none">a) Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>b) Sacroiliíte em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>c) HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>• Critérios de classificação modificados de Nova Iorque <table border="1"><thead><tr><th>Grupos de critérios</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td>Clínicos</td><td><ul style="list-style-type: none">a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Radiográficos</td><td><ul style="list-style-type: none">d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Grupos de critérios	Descrição	Clínicos	<ul style="list-style-type: none">a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Radiográficos	<ul style="list-style-type: none">d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Grupos de critérios	Descrição						
Clínicos	<ul style="list-style-type: none">a) Lombalgia inflamatória por três meses ou mais de duração: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>b) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média variação bilateral dedo-chão inferior a 10cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober inferior a 5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>c) Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5cm): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						
Radiográficos	<ul style="list-style-type: none">d) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>e) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>						



5	INFORMAR PELO MENOS UM ÍNDICE de atividade da doença: BASDAI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index</i> - 0 a 10): _____ ASDAS (<i>Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score</i>): _____																																																
6	TRATAMENTOS PRÉVIOS (detalhar recidivas, resistência a tratamentos anteriores ou contraindicações) Acometimento axial: relatar uso de AINES Acometimento periférico: relatar uso de INFILTRAÇÃO COM GLICOCORTICOIDE, AINES E MMCD SINTÉTICOS É NECESSÁRIO CITAR MEDICAMENTOS, DOSE E TEMPO DE USO DE TODOS OS MEDICAMENTOS _____ _____ _____ _____																																																
7	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo: <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>Úlcera gastroduodenal:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Terapia dialítica crônica:</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 ativa:</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>Porfíria:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Artrite reumatoide juvenil sistêmica:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Obstrução urinária ou intestinal:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Depleção da medula óssea:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal moderada a grave:</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença linfoproliferativa 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></table>	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlcera gastroduodenal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Terapia dialítica crônica:	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 ativa:	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"/>	Porfíria:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Artrite reumatoide juvenil sistêmica:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Obstrução urinária ou intestinal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Depleção da medula óssea:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal moderada a grave:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença linfoproliferativa 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"/>
Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Úlcera gastroduodenal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Terapia dialítica crônica:	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 ativa:	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"/>																																															
Porfíria:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Artrite reumatoide juvenil sistêmica:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Obstrução urinária ou intestinal:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Depleção da medula óssea:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Insuficiência renal moderada a grave:	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																															
Doença linfoproliferativa 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"/>																																															
8	PARA SOLICITAÇÕES DE METOTREXATO E/OU SULFASSALAZINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</div>																																																
9	PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFlixIMABE, GOLIMUMABE, CERTOLIZUMABE E SECUQUINUMABE, 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	INFORMAR presença ou ausência de Hepatite B e C: O paciente apresenta Hepatite B aguda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O paciente apresenta Hepatite C aguda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
12	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>