



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – RETOCOLITE ULCERATIVA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																																												
2	HISTÓRIA CLÍNICA: 2.1 DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REGIÃO ACOMETIDA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 FASE DA DOENÇA: <input type="checkbox"/> Em atividade inflamatória <input type="checkbox"/> Em remissão clínica 2.3 HÁ PRESENÇA DE MANIFESTAÇÕES EXTRAINTESTINAIS OU SISTÊMICAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM , descrever detalhadamente as características das manifestações extraintestinais ou sistêmicas: _____ _____ _____ 3 TRATAMENTO PRÉVIO: Marcar os medicamentos utilizados, motivo(s) da interrupção do tratamento ou se há contraindicação ao uso. <input type="checkbox"/> Não realizou tratamento prévio <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sulfassalazina</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mesalazina</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Azatioprina</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ciclosporina</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infliximabe</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Vedolizumabe</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tofacitinibe</td><td><input type="checkbox"/> Falha terapêutica</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância</td><td><input type="checkbox"/> Contraindicação: _____</td></tr><tr><td></td><td colspan="3">Tempo de utilização: _____</td></tr><tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: _____</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Vedolizumabe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Tofacitinibe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____		Tempo de utilização: _____			<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: _____			
<input type="checkbox"/> Sulfassalazina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Mesalazina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Vedolizumabe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Tofacitinibe	<input type="checkbox"/> Falha terapêutica	<input type="checkbox"/> Intolerância	<input type="checkbox"/> Contraindicação: _____																																																										
	Tempo de utilização: _____																																																												
<input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante: _____																																																													



4	MEDICAMENTO(S) EM USO: Marcar os medicamentos em uso atualmente: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sulfassalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Mesalazina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Azatioprina</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Metotrexato</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Infliximabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Adalimumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Certolizumabe</td><td><input type="checkbox"/> Indução da remissão</td><td><input type="checkbox"/> Manutenção da remissão</td><td>Dose: _____</td></tr><tr><td colspan="4"><input type="checkbox"/> Outros medicamentos ou outra informação relevante:</td></tr><tr><td colspan="4">_____</td></tr><tr><td colspan="4">_____</td></tr><tr><td colspan="4">_____</td></tr></table>	<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:				_____				_____				_____			
<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:																																													

5	PARA SOLICITAÇÃO DE INFILIXIMABE, VEDOLIZUMABE E TOFACITINIBE; INFORMAR: 5.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 5.2 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? <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 TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb), RELATAR: _____ _____ _____																																												
6	PARA SOLICITAÇÃO DE VEDOLIZUMABE, INFORMAR: <table border="0"><tr><td>Paciente apresenta septicemia?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta citomegalovirose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta listeriose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta alguma outra infecção grave?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Paciente apresenta septicemia?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta citomegalovirose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta listeriose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta alguma outra infecção grave?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Paciente apresenta septicemia?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											
Paciente apresenta citomegalovirose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											
Paciente apresenta listeriose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											
Paciente apresenta leucoencefalopatia multifocal progressiva?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											
Paciente apresenta alguma outra infecção grave?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											
Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																											



7	PARA SOLICITAÇÃO DE TOFACITINIBE, INFORMAR: <table border="1"><tr><td>Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente é gestante ou puérpera?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente maior de 18 anos?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta infecção fúngica ameaçadora à vida?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta infecção por herpes zóster ativa?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente apresenta hepatite B ou C aguda?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente é gestante ou puérpera?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente maior de 18 anos?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta infecção fúngica ameaçadora à vida?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta infecção por herpes zóster ativa?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente apresenta hepatite B ou C aguda?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Em caso de mulheres em idade fértil: paciente fará uso de método contraceptivo durante o tratamento e até 18 semanas após a última dose?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente é gestante ou puérpera?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente maior de 18 anos?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente apresenta infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente apresenta infecção fúngica ameaçadora à vida?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente apresenta infecção por herpes zóster ativa?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
Paciente apresenta hepatite B ou C aguda?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																				
8	PACIENTE APRESENTA ALGUMA COMORBIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM , relatar (Motivo: Contraindicação de terapia se o paciente apresentar Cardiopatia Moderada a Grave): _____ _____ _____ _____																					
9	PACIENTE APRESENTA OUTRA DOENÇA INTESTINAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, informar a doença: _____																					
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____ _____																					
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																					