



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – RETOCOLITE ULCERATIVA



**4 MEDICAMENTO(S) EM USO:**

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:<br>_____<br>_____<br>_____ |                                              |                                                 |             |

**5 PARA SOLICITAÇÃO DE INFILXIMABE, VEDOLIZUMABE E TOFACITINIBE; INFORMAR:**

**5.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O USO DA DOSE DE INDUÇÃO?**

- SIM     NÃO

**5.2 PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA?**

- SIM     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:**

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