



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – UVEÍTE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____ anos
3	HISTÓRIA CLÍNICA: 3.1 Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 3.2 A doença é de evolução crônica e grave, com risco potencial de perda funcional? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 3.3 Tipo de uveíte: <input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Intermediária <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/> Panuveíte 3.4 Etiologia conhecida: _____ _____ 3.5 Associação com doença sistêmica: _____ _____
4	PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA E AZATIOPRINA, INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <input type="checkbox"/> Indicação de uso crônico em longo prazo de glicocorticoide sistêmico (superior a 3 meses); <input type="checkbox"/> Falha na terapêutica com glicocorticoide sistêmico em monoterapia; <input type="checkbox"/> Toxicidade aguda, crônica presente ou presumida ou contraindicação ao uso de glicocorticoide por qualquer via de administração; <input type="checkbox"/> Diagnóstico de uveítes sabidamente graves, como doença de Behçet, coroidite serpiginosa e vasculites retinianas idiopáticas; ou <input type="checkbox"/> Uveíte de caráter agressivo e com rápido comprometimento funcional.
5	PARA SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <input type="checkbox"/> Tratamento com imunossupressor prévio, não corticoide, descontinuado por falta de efetividade, intolerância ou toxicidade; <input type="checkbox"/> Contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos; ou <input type="checkbox"/> Doença de Behçet com uveíte posterior bilateral ativa com alto risco de cegueira ou associada com doença sistêmica em atividade. <div>Observação: O Adalimumabe é autorizado apenas para pacientes com 18 anos completos ou mais, conforme PCDT vigente.</div>



6	TRATAMENTOS PRÉVIOS (DETALHAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E CONTRAINDICAÇÕES):
7	INFORMAR SE O (A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca classes III e IV <input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave <input type="checkbox"/> Gestação, lactação <input type="checkbox"/> Doença neurológica desmielinizante ativa ou em remissão <input type="checkbox"/> Esclerose múltipla <input type="checkbox"/> Neuropatia periférica desmielinizante <input type="checkbox"/> Neoplasia nos últimos cinco anos <input type="checkbox"/> Infecção latente por tuberculose <input type="checkbox"/> Suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular <input type="checkbox"/> Suspeita ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação, sem profilaxia adequada, mediante o uso de imunossupressores
8	PARA SOLICITAÇÕES DE AZATIOPRINA E/OU CICLOSPORINA: 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; text-align: center;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.</div>
9	PARA SOLICITAÇÃO DE ADALIMUMABE, 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	OUTRAS INFORMAÇÕES:
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>