



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																														
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																														
3	CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO: Preencher um dos critérios diagnósticos a seguir (Bohan-Peter ou EULAR/ACR 2017). 3.1 Bohan-Peter – Assinalar caso presente os critérios abaixo: <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Critério</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>1. Fraqueza muscular proximal simétrica</td><td>Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas</td><td>CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>3. Eletromiografia anormal</td><td>Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>4. Biópsia muscular anormal</td><td>Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite</td><td>Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron</td></tr></tbody></table> 3.2 Critérios EULAR/ACR 2017 – Assinalar pontuação para cada variável e informar resultado total e probabilidade calculada: <table border="1"><thead><tr><th>Variável</th><th>Pontos (sem biópsia muscular)</th><th>Pontos (com biópsia muscular)</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="3">1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)</td></tr><tr><td>Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos</td><td><input type="checkbox"/> 1,3</td><td><input type="checkbox"/> 1,5</td></tr><tr><td>Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos</td><td><input type="checkbox"/> 2,1</td><td><input type="checkbox"/> 2,2</td></tr></tbody></table>	Critério		Descrição	<input type="checkbox"/>	1. Fraqueza muscular proximal simétrica	Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática	<input type="checkbox"/>	2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas	CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL	<input type="checkbox"/>	3. Eletromiografia anormal	Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência	<input type="checkbox"/>	4. Biópsia muscular anormal	Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares	<input type="checkbox"/>	5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite	Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron	Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)	1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)			Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,5	Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,2
Critério		Descrição																													
<input type="checkbox"/>	1. Fraqueza muscular proximal simétrica	Progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática																													
<input type="checkbox"/>	2. Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas	CPK, AST/TGO, ALT/TGP, aldolase e/ou DHL																													
<input type="checkbox"/>	3. Eletromiografia anormal	Potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência																													
<input type="checkbox"/>	4. Biópsia muscular anormal	Presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares																													
<input type="checkbox"/>	5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite	Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron																													
Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)																													
1. Idade de início (Considerar 0 (zero) caso não se aplique ao paciente em avaliação)																															
Idade de início do primeiro sintoma relacionado à doença entre 18 e menos de 40 anos	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,5																													
Idade de início do primeiro sintoma que se supõe estar relacionado à doença igual ou maior que 40 anos	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,2																													



Variável	Pontos (sem biópsia muscular)	Pontos (com biópsia muscular)
2. Fraqueza muscular		
Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades superiores	<input type="checkbox"/> 0,7	<input type="checkbox"/> 0,7
Fraqueza simétrica objetiva, geralmente progressiva, predominantemente proximal nas extremidades inferiores	<input type="checkbox"/> 0,8	<input type="checkbox"/> 0,5
Os flexores cervicais são relativamente mais fracos que os extensores do pescoço	<input type="checkbox"/> 1,9	<input type="checkbox"/> 1,6
Nas pernas, os músculos proximais são relativamente mais fracos do que os músculos distais	<input type="checkbox"/> 0,9	<input type="checkbox"/> 1,2
3. Manifestações cutâneas		
Erupção cutânea (heliotropo)	<input type="checkbox"/> 3,1	<input type="checkbox"/> 3,2
Pápulas de Gottron	<input type="checkbox"/> 2,1	<input type="checkbox"/> 2,7
Sinal de Gottron	<input type="checkbox"/> 3,3	<input type="checkbox"/> 3,7
4. Outras manifestações		
Disfagia ou dismotilidade esofágica	<input type="checkbox"/> 0,7	<input type="checkbox"/> 0,6
5. Medições laboratoriais clínicas		
Autoanticorpo anti-Jo-1 (anti-histidil RNA transportadora sintetase) presente	<input type="checkbox"/> 3,9	<input type="checkbox"/> 3,8
Concentrações séricas elevadas de CPK ou DHL ou AST/TGO ou ALT/TGP	<input type="checkbox"/> 1,3	<input type="checkbox"/> 1,4
6. Características da biópsia muscular		
Infiltrado de células mononucleares ao redor, mas não invadindo as miofibras, na região endomisial	-	<input type="checkbox"/> 1,7
Infiltrado de células mononucleares na região perimísio e/ou perivascular	-	<input type="checkbox"/> 1,2
Atrofia perifascicular	-	<input type="checkbox"/> 1,9
Vacúolos com bordas marginadas	-	<input type="checkbox"/> 3,1
Pontuação Total: _____		
Probabilidade (min – máx) (vide https://www.imm.ki.se/biostatistics/calculators/iim/): _____		
4	TRATAMENTOS PRÉVIOS (É necessário citar MEDICAMENTO(S), DOSE, TEMPO DE USO. Detalhar recidivas, resistência ou contraindicações). _____ _____ _____ _____ _____	



5	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O(A) PACIENTE. 																																																			
6	INFORMAR SE PACIENTE APRESENTA AS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><tr><td>Maculopatia prévia associada aos antimaláricos</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sensibilidade a mercaptopurina</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo</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>Deficiência seletiva de IgA</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hiperprolinemia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência renal grave ou alteração da função renal</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insuficiência hepática grave</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Abuso de álcool</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Úlceras da cavidade oral</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hipertensão arterial não controlada</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Neoplasia</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Maculopatia prévia associada aos antimaláricos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Sensibilidade a mercaptopurina	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo	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"/>	Deficiência seletiva de IgA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hiperprolinemia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência renal grave ou alteração da função renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Insuficiência hepática grave	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Abuso de álcool	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Úlceras da cavidade oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Maculopatia prévia associada aos antimaláricos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Sensibilidade a mercaptopurina	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Mulher em idade fértil sem uso de contraceptivo	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"/>																																																		
Deficiência seletiva de IgA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hiperprolinemia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Insuficiência renal grave ou alteração da função renal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Insuficiência hepática grave	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Abuso de álcool	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Infecções graves, agudas ou crônicas (como tuberculose, HIV ou outras síndromes de imunodeficiência)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Úlceras da cavidade oral	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Doença ulcerosa gastrointestinal ativa conhecida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Discrasias sanguíneas preexistentes (hipoplasia da medula óssea, leucopenia, trombocitopenia ou anemia severa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Vacinação concomitante com vacinas vivas/de vírus atenuados	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Hipertensão arterial não controlada	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
Neoplasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																		
7	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 																																																			
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																																																			