



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____									
2	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____									
3	INFORMAR O DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> GPA <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> Vasculite renal limitada									
4	INFORMAR O CRITÉRIO APRESENTADO: <input type="checkbox"/> Diagnóstico recente de GPA ou MPA, em idade fértil e indicação para receber a terapia de indução de remissão. <input type="checkbox"/> Diagnóstico de recidiva de GPA ou MPA, ativa e grave.									
5	INFORMAR MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DO SUBTIPO DE ACORDO COM ÁREA DE ACOMETIMENTO <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>Subtipo</th><th>Manifestações Clínicas</th><th>Subtipo</th><th>Manifestações Clínicas</th></tr></thead><tbody><tr><td>GPA</td><td><input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco</td><td>MPA</td><td><input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas</td></tr></tbody></table>		Subtipo	Manifestações Clínicas	Subtipo	Manifestações Clínicas	GPA	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco	MPA	<input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas
Subtipo	Manifestações Clínicas	Subtipo	Manifestações Clínicas							
GPA	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Seios da face <input type="checkbox"/> Cavidade oral <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/> Região subglótica <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sistema locomotor <input type="checkbox"/> Sistêmico <input type="checkbox"/> Neurológico <input type="checkbox"/> Cutâneo <input type="checkbox"/> Cardíaco	MPA	<input type="checkbox"/> Renais <input type="checkbox"/> Pulmonar <input type="checkbox"/> Gastrointestinais <input type="checkbox"/> Cutâneas <input type="checkbox"/> Neurológicas							
6	INFORMAR A ATIVIDADE DE DOENÇA EM VASCULITES ANCA- BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE (BVAS V.3): _____									



7	INFORMAR OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS: 																											
8	INFORMAR CONDIÇÃO/ESTÁGIO DE TRATAMENTO: <table border="1"><tr><td>Paciente em idade fértil</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente em recidiva da doença</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Paciente em idade fértil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente em recidiva da doença	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																		
Paciente em idade fértil	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Paciente em recidiva da doença	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Paciente refratário ou com contraindicação ao uso de ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
9	INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="1"><tr><td>Tuberculose (TB ativa)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>ILTB</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>HIV</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>Sífilis</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite B</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Hepatite C</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tuberculose (TB ativa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	ILTB	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	HIV	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"/>	Sífilis	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite B	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hepatite C	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Tuberculose (TB ativa)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
ILTB	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
HIV	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"/>																										
Sífilis	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Hepatite B	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Hepatite C	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
10	ESQUEMA TERAPÊUTICO INDICADO PARA O PACIENTE: Conforme PCDT: Rituximabe 375 mg/m², IV, uma vez por semana durante 4 semanas. Peso paciente: _____ Altura paciente: _____ Posologia prescrita: _____ mg/dose																											
11	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: 																											
12	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 																											
13	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/_____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																											