



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____															
2	2.1 HISTÓRIA CLÍNICA - DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ 2.2 Informar o subtipo de Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) apresentada pelo paciente: <table border="0"><tr><td>☐ Sistêmico;</td><td>☐ Artrite psoriaca;</td></tr><tr><td>☐ AIJ oligoarticular;</td><td>☐ Artrite relacionada a entesite;</td></tr><tr><td>☐ AIJ poliarticular com FR positivo;</td><td>☐ Artrite indiferenciada.</td></tr><tr><td>☐ AIJ poliarticular com FR negativo;</td><td></td></tr></table>	☐ Sistêmico;	☐ Artrite psoriaca;	☐ AIJ oligoarticular;	☐ Artrite relacionada a entesite;	☐ AIJ poliarticular com FR positivo;	☐ Artrite indiferenciada.	☐ AIJ poliarticular com FR negativo;								
☐ Sistêmico;	☐ Artrite psoriaca;															
☐ AIJ oligoarticular;	☐ Artrite relacionada a entesite;															
☐ AIJ poliarticular com FR positivo;	☐ Artrite indiferenciada.															
☐ AIJ poliarticular com FR negativo;																
3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (informar quais critérios de inclusão abaixo o(a) paciente apresenta de acordo com o subtipo de AIJ): <table border="0"><tr><td>☐ Artrite.</td></tr><tr><td>☐ Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana).</td></tr><tr><td>☐ Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia.</td></tr><tr><td>☐ Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença.</td></tr><tr><td>☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença.</td></tr><tr><td>☐ Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses.</td></tr><tr><td>☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações).</td></tr><tr><td>☐ Fator reumatoide negativo.</td></tr><tr><td>☐ Artrite e Psoríase.</td></tr><tr><td>☐ Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal , parente do primeiro grau com psoríase.</td></tr><tr><td>☐ Artrite e Entesite.</td></tr><tr><td>☐ Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27.</td></tr><tr><td>☐ Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos.</td></tr><tr><td>☐ Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos.</td></tr></table>	☐ Artrite.	☐ Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana).	☐ Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia.	☐ Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença.	☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença.	☐ Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses.	☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações).	☐ Fator reumatoide negativo.	☐ Artrite e Psoríase.	☐ Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal , parente do primeiro grau com psoríase.	☐ Artrite e Entesite.	☐ Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27.	☐ Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos.	☐ Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos.	
☐ Artrite.																
☐ Febre (> 15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana).																
☐ Mais outra manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia.																
☐ Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença.																
☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença.																
☐ Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses.																
☐ Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações).																
☐ Fator reumatoide negativo.																
☐ Artrite e Psoríase.																
☐ Artrite e dois dos seguintes: dactilite, alteração ungueal , parente do primeiro grau com psoríase.																
☐ Artrite e Entesite.																
☐ Artrite ou entesite + dois dos seguintes: HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de 1º grau com doença ligada ao HLAB27.																
☐ Pacientes que não preenchem critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos.																
☐ Pacientes que preenchem critérios para mais de um dos subtipos.																
4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (informar se o(a) paciente apresente algum dos diagnósticos abaixo de acordo com o subtipo de AIJ): <table border="1"><tr><td>Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr><tr><td>Presença de artrite sistêmica no paciente.</td><td>SIM ☐</td><td>NÃO ☐</td></tr></table>	Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐	Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐	Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐
Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27.	SIM ☐	NÃO ☐														
Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroilíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses.	SIM ☐	NÃO ☐														
Presença de artrite sistêmica no paciente.	SIM ☐	NÃO ☐														



5	INFORMAR se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo:	
	Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção ativa	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM ☐ NÃO ☐
	Infecção por herpes-zoster ativa	SIM ☐ NÃO ☐
	Hepatite B aguda	SIM ☐ NÃO ☐
	Hepatite C aguda	SIM ☐ NÃO ☐
	Gestante	SIM ☐ NÃO ☐
	Lactante	SIM ☐ NÃO ☐
	Porfiria	SIM ☐ NÃO ☐
	Hipertensão arterial sistêmica grave não controlada	SIM ☐ NÃO ☐
	Cistite hemorrágica	SIM ☐ NÃO ☐
	Neoplasia nos últimos cinco anos	SIM ☐ NÃO ☐
	Insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV	SIM ☐ NÃO ☐
	Doença neurológica desmielinizante	SIM ☐ NÃO ☐
	Esclerose múltipla	SIM ☐ NÃO ☐
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM ☐ NÃO ☐	
6	PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.	
7	INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Para cada medicamento detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações): _____ _____ _____	
8	PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? SIM ☐ NÃO ☐ Para solicitação de MMCDbio, caso não tenha sido possível realizar a Prova Tuberculínica ou IGRA ou já tenha realizado tratamento completo para tuberculose (TB) ativa ou tratamento de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTb), relatar: _____ _____	
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico	