



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ARTRITE REUMATOIDE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 DIAGNÓSTICO (preencher pelo menos um dos Critérios de Classificação abaixo): ● Critérios ACR (American College of Rheumatology) 1987: ☐ 1) Rigidez matinal; ☐ 2) Artrite de 3 ou mais áreas articulares; ☐ 3) Artrite de mãos; ☐ 4) Artrites simétricas; ☐ 5) Nódulos reumatoides; ☐ 6) Fator Reumatoide positivo; ☐ 7) Alterações radiográficas. TOTAL DE CRITÉRIOS: _____ ● Critérios ACR/EULAR (American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism) 2010: 1. Acometimento articular ☐ 1 grande articulação: 0 pontos ☐ 2 a 10 articulações grandes: 1 ponto ☐ 1 a 3 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 2 pontos ☐ 4 a 10 articulações pequenas (com ou sem acometimento de grandes articulações): 3 pontos ☐ > 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação): 5 pontos 2. Sorologia (pelo menos um resultado é necessário) ☐ Fator Reumatoide (FR) e anticorpos antiptéptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP): 0 pontos ☐ Fator reumatoide ou anti-CCP em baixos títulos: 2 pontos ☐ Fator reumatoide ou anti-CCP em altos títulos: 3 pontos 3. Provas de atividades inflamatórias (pelo menos 1 resultado é necessário) ☐ VHS e PCR normais: 0 pontos ☐ VHS ou PCR alterados: 1 ponto 4. Duração dos sintomas ☐ Duração dos sintomas < 6 semanas: 0 pontos ☐ Duração dos sintomas ≥ 6 semanas: 1 ponto TOTAL DE PONTOS: _____



2.3 CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA - informar pelo menos um dos índices abaixo:

- DAS 28 (*Disease Activity Score, 28 joints*): _____
- SDAI (*Simplified Disease Activity Score*): _____
- CDAI (*Clinical Disease Activity Score*): _____

3 INFORMAR se o paciente apresenta alguma das condições abaixo:

Sangramento gastrointestinal não controlado	SIM ☐	NÃO ☐
Exposição à tuberculose/residência em área de TB endêmica ou micoses endêmicas	SIM ☐	NÃO ☐
Infecção ativa, recorrente ou crônica, grave, oportunista ou localizada	SIM ☐	NÃO ☐
Infecção bacteriana com indicação de uso de antibióticos	SIM ☐	NÃO ☐
Infecção fúngica ameaçadora à vida	SIM ☐	NÃO ☐
Infecção por herpes zoster e herpes simples ativa	SIM ☐	NÃO ☐
Insuficiência hepática grave	SIM ☐	NÃO ☐
Hepatite B aguda	SIM ☐	NÃO ☐
Hepatite C aguda	SIM ☐	NÃO ☐
Gestante	SIM ☐	NÃO ☐
Lactante	SIM ☐	NÃO ☐
Porfiria	SIM ☐	NÃO ☐
Retinopatia	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 ☐
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	SIM ☐	NÃO ☐
Risco iminente de perfuração intestinal	SIM ☐	NÃO ☐
Risco ou histórico de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo venoso	SIM ☐	NÃO ☐
Risco para embolia pulmonar (EP)	SIM ☐	NÃO ☐

4 PARA SOLICITAÇÕES DE LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, AZATIOPRINA 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.

5 INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS (Para cada medicamento, detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações):



6	PARA SOLICITAÇÃO DE MMCD BIOLÓGICO: O MMCDbio será associado ao metotrexato? SIM ☐ NÃO ☐ Caso a resposta seja negativa, justificar a monoterapia ou a associação à SULFASSALAZINA ou LEFLUNOMIDA: 															
7	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever todos os medicamentos que serão utilizados para o tratamento da Artrite Reumatoide): <table border="1" data-bbox="242 584 1422 860"><thead><tr><th colspan="2">Medicamento(s)</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Medicamento(s)		Posologia	1			2			3			4		
Medicamento(s)		Posologia														
1																
2																
3																
4																
8	PARA SOLICITAÇÃO DE RITUXIMABE: relatar contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica ao Abatacepte, Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Tocilizumabe, Baricitinibe, Tofacitinibe e Upadacitinibe. 															
9	PACIENTE REALIZOU PROVA TUBERCULÍNICA (PPD)/IGRA? SIM ☐ NÃO ☐ Para solicitação de MMCDbio ou MMCDsae, caso não tenha sido possível realizar a prova tuberculínica (PT) ou IGRA ou já tenha realizado tratamento completo para tuberculose (TB) ativa ou tratamento de infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB), relatar: 															
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 															
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico															