



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE MÚLTIPLA

| 1                                                      | <b>NOME CIVIL DO (A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO (A) PACIENTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--------|-----|--------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 2                                                      | <b>HISTÓRIA CLÍNICA</b><br><b>2.1 Descrição detalhada de surtos</b><br>Informar período de ocorrência   Duração ≥ 24h?   Sintomas/sinais   Incapacitante?   Resolução incompleta?<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br><b>2.2 Forma de evolução clínica</b><br><input type="checkbox"/> Remitente-Recorrente (EM-RR) <input type="checkbox"/> Secundariamente Progressiva (EM-SP)<br><input type="checkbox"/> Primariamente Progressiva (EM-PP) <input type="checkbox"/> Síndrome Clinicamente Isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS)<br><input type="checkbox"/> Outra (especificar): _____<br><b>2.3 Atividade da doença</b><br><input type="checkbox"/> Baixa ou moderada atividade<br><input type="checkbox"/> Alta atividade, conforme critérios do PCDT<br><i>* Nota: Para comprovação da atividade da doença, é obrigatória a apresentação do laudo de Ressonância Magnética mais recente, conforme checklist.</i><br><b>2.4 Escore na Escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual:</b> _____ |                                                   |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| 3                                                      | <b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b><br><input type="checkbox"/> O (a) paciente foi avaliado clinicamente e foram excluídas causas alternativas para o quadro desmielinizante, conforme critérios diagnósticos vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| 4                                                      | <b>EXAMES COMPLEMENTARES (Anexar cópias dos resultados, caso os exames tenham sido realizados)</b> <table border="1"><thead><tr><th>Líquor</th><th>PEV</th><th>Anticorpo anti-JCV</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Não realizado</td><td><input type="checkbox"/> Não realizado</td><td><input type="checkbox"/> Não realizado</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais negativas</td><td><input type="checkbox"/> Normal</td><td><input type="checkbox"/> Negativo</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais positivas</td><td><input type="checkbox"/> Compatível com desmielinização</td><td><input type="checkbox"/> Positivo (índice: _____)</td></tr><tr><td>Data: ____/____/____</td><td>Data: ____/____/____</td><td>Data: ____/____/____</td></tr></tbody></table>                                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |  | Líquor | PEV | Anticorpo anti-JCV | <input type="checkbox"/> Não realizado | <input type="checkbox"/> Não realizado | <input type="checkbox"/> Não realizado | <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais negativas | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Negativo | <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais positivas | <input type="checkbox"/> Compatível com desmielinização | <input type="checkbox"/> Positivo (índice: _____) | Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ |
| Líquor                                                 | PEV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Anticorpo anti-JCV                                |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Não realizado                 | <input type="checkbox"/> Não realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Não realizado            |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais negativas | <input type="checkbox"/> Normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Negativo                 |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Bandas oligoclonais positivas | <input type="checkbox"/> Compatível com desmielinização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Positivo (índice: _____) |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |
| Data: ____/____/____                                   | Data: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Data: ____/____/____                              |  |        |     |                    |                                        |                                        |                                        |                                                        |                                 |                                   |                                                        |                                                         |                                                   |                      |                      |                      |



|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <p><b>TRATAMENTOS REALIZADOS ATÉ O MOMENTO:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Paciente virgem de tratamento com MMCD</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamento anterior (informar medicamentos utilizados e tempo de uso): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Se o (a) paciente está em uso de MMCD, <u>justificar a troca do tratamento atual</u>:</b></p> <p>Informar MMCD em uso: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância ao medicamento. Relatar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Reações adversas não controláveis. Relatar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de adesão ao tratamento. Relatar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Falha terapêutica (<i>definida como a incidência de pelo menos 1 surto E evidência de, no mínimo, 4 novas lesões em T2 no período de 12 meses – anexar laudo de Ressonância Magnética recente</i>)</p> |
| 6 | <p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE <u>FINGOLIMODE</u>:</b></p> <p>Informar-se o (a) paciente apresenta diabetes mellitus ou histórico de uveíte:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (<b>anexar laudo ou relatório de avaliação oftalmológica pré-tratamento</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><p><b>ATENÇÃO:</b> Pacientes com diabetes mellitus ou histórico de uveíte devem ser submetidos à avaliação oftalmológica antes do início do tratamento com fingolimode, conforme PCDT.</p></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 7 | <p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE <u>FUMARATO DE DIMETILA</u>:</b></p> <p>Indicar a seguinte situação:</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente já fez uso da apresentação de Fumarato de Dimetila 120 mg para titulação inicial</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 8 | <p><b>PARA SOLICITAÇÃO DE <u>CLADRIBINA ORAL</u>:</b></p> <p><b>8.1 Informar o ciclo de tratamento solicitado:</b> <input type="checkbox"/> 1º ciclo (ano 1) <input type="checkbox"/> 2º ciclo (ano 2)</p> <p><b>8.2 Se 2º ciclo, informar data(s) e dose utilizada no 1º ciclo:</b> _____</p> <p><b>Observação:</b> Conforme PCDT, a dose cumulativa recomendada da Cladribina oral é de 3,5 mg/kg de peso corporal em 2 anos, administrada como 1 ciclo de tratamento de 1,75 mg/kg por ano. Cada ciclo de tratamento consiste em 2 semanas de tratamento (4 ou 5 dias), uma no início do primeiro mês e outra no início do segundo mês do respectivo ano de tratamento. Após a conclusão dos 2 ciclos de tratamento, não são necessários tratamentos adicionais com cladribina.</p>                                                                                                  |



|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>9</b>  | <b>PARA SOLICITAÇÃO DE <u>ALENTUZUMABE</u>:</b><br><br><b>9.1 Informar o ciclo de tratamento solicitado:</b> <input type="checkbox"/> 1º ciclo <input type="checkbox"/> 2º ciclo <input type="checkbox"/> 3º ciclo <input type="checkbox"/> 4º ciclo<br><br><b>9.2 Se 2º ciclo ou subsequentes, informar data(s) e dose utilizada no ciclo anterior:</b><br><br>_____<br><br><b>Observação:</b> Conforme PCDT, o primeiro ciclo corresponde ao tratamento inicial [5 dias consecutivos (dose total de 60 mg)]. Os demais ciclos adicionais são de 3 dias consecutivos (dose total de 36 mg), administrados pelo menos 12 meses depois do tratamento anterior.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>10</b> | <b>PARA SOLICITAÇÕES DE <u>ALENTUZUMABE, AZATIOPRINA, CLADRIBINA ORAL, FINGOLIMODE, FUMARATO DE DIMETILA, NATALIZUMABE E TERIFLUNOMIDA</u>:</b><br><br>Triagem para tuberculose realizada conforme PCDT:<br><br><input type="checkbox"/> Sem evidências de tuberculose ativa ou latente <input type="checkbox"/> Tuberculose latente <input type="checkbox"/> Tuberculose ativa<br><br><input type="checkbox"/> Paciente está em tratamento (há pelo menos trinta dias) para tuberculose latente ou já completou a quimioprofilaxia para Tuberculose, devido à apresentação de exame positivo de PPD ou IGRA<br><br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"><b>ATENÇÃO:</b> Antes do início do tratamento com estes medicamentos deve ser realizado a triagem para Tuberculose, conforme PCDT. Recomenda-se o início do uso do medicamento após quatro semanas do início do tratamento de ILTB. No caso de TB ativa, à critério da equipe de saúde assistente, o início do uso pode ocorrer concomitantemente ou após quatro semanas do início do tratamento da TB ativa.</div> |
|           | <b>PARA SOLICITAÇÕES DE <u>CLADRIBINA ORAL E TERIFLUNOMIDA</u>:</b><br><br><input type="checkbox"/> O (a) paciente foi orientado quanto aos riscos reprodutivos relacionados ao medicamento e à necessidade de adoção de medidas contraceptivas eficazes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>12</b> | <b>CONTRAINDICAÇÕES</b><br><br><input type="checkbox"/> O (a) paciente não apresenta contraindicações que impeçam o uso do medicamento solicitado, conforme PCDT, tendo sido considerada favorável a relação benefício-risco.<br><br><input type="checkbox"/> O (a) paciente apresenta as seguintes contraindicações aos medicamentos previstos em linhas terapêuticas anteriores do PCDT que justificam a utilização do medicamento solicitado:<br><br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>13</b> | <b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b><br><br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>14</b> | <b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b><br><br>_____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Assinatura e carimbo do(a) médico(a)</div><div>Data: ____ / ____ / ____</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



## ESCALA DE EDSS – ESCLEROSE MÚLTIPLA

NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: \_\_\_\_\_

| FUNÇÕES PIRAMIDAIS                                                                                                                                                                             |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Normal                                                                                                                                                                                         | 0   |
| Sinais Anormais sem incapacidade                                                                                                                                                               | 1   |
| Incapacidade mínima                                                                                                                                                                            | 2   |
| Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave                                                                                                                             | 3   |
| Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada ou monoplegia                                                                                                                     | 4   |
| Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia                                                                                                                                              | 5   |
| Quadriplegia                                                                                                                                                                                   | 6   |
| Desconhecido                                                                                                                                                                                   | (*) |
| FUNÇÕES CEREBELARES                                                                                                                                                                            |     |
| Normal                                                                                                                                                                                         | 0   |
| Sinais anormais sem incapacidade                                                                                                                                                               | 1   |
| Ataxia discreta em qualquer membro                                                                                                                                                             | 2   |
| Ataxia moderada de tronco ou de membros                                                                                                                                                        | 3   |
| Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia                                                                                                                                     | 4   |
| Desconhecido                                                                                                                                                                                   | (*) |
| FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL                                                                                                                                                                     |     |
| Normal                                                                                                                                                                                         | 0   |
| Somente sinais anormais                                                                                                                                                                        | 1   |
| Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve                                                                                                                                                   | 2   |
| Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos                                                                                                     | 3   |
| Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada                                                                                                                                            | 4   |
| Incapacidade de deglutir ou falar                                                                                                                                                              | 5   |
| Desconhecido                                                                                                                                                                                   | (*) |
| FUNÇÕES SENSITIVAS                                                                                                                                                                             |     |
| Normal                                                                                                                                                                                         | 0   |
| Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros                                                                                                                                    | 1   |
| Diminuição discreta de tato ou dor ou da sensibilidade posicional e/ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros   | 2   |
| Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional e/ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor e/ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros | 3   |
| Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor e/ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros.          | 4   |
| Perda da sensibilidade de 1-2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça.                                             | 5   |
| Anestesia da cabeça para baixo                                                                                                                                                                 | 6   |
| Desconhecido                                                                                                                                                                                   | (*) |



| FUNÇÕES VESICAIS                                                                                                                |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Normal                                                                                                                          | 0   |
| Sintomas urinários sem incontinência                                                                                            | 1   |
| Incontinência < ou igual uma vez por semana                                                                                     | 2   |
| Incontinência > ou igual uma vez por semana                                                                                     | 3   |
| Incontinência diária ou mais que 1 vez por dia                                                                                  | 4   |
| Caracterização contínua                                                                                                         | 5   |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal                                                                                | 6   |
| Desconhecido                                                                                                                    | (*) |
| FUNÇÕES INTESTINAIS                                                                                                             |     |
| Normal                                                                                                                          | 0   |
| Obstipação menos que diária sem incontinência                                                                                   | 1   |
| Obstipação diária sem incontinência                                                                                             | 2   |
| Incontinência < uma vez semana                                                                                                  | 3   |
| Incontinência > uma vez semana                                                                                                  | 4   |
| Sem controle de esfíncter retal                                                                                                 | 5   |
| Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal                                                                                | 6   |
| Desconhecido                                                                                                                    | (*) |
| FUNÇÕES VISUAIS                                                                                                                 |     |
| Normal                                                                                                                          | 0   |
| Escotoma com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30                                                                     | 1   |
| Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59                                                                                    | 2   |
| Pior olho com grande escotoma, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99                                   | 3   |
| Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60 | 4   |
| Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60                                     | 5   |
| Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60                                                                           | 6   |
| Desconhecido                                                                                                                    | (*) |
| FUNÇÕES MENTAIS                                                                                                                 |     |
| Normal                                                                                                                          | 0   |
| Alteração apenas do humor                                                                                                       | 1   |
| Diminuição discreta da mentação                                                                                                 | 2   |
| Diminuição normal da mentação                                                                                                   | 3   |
| Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica)                                                          | 4   |
| Demência ou grave síndrome cerebral crônica                                                                                     | 5   |
| Desconhecido                                                                                                                    | (*) |
| OUTRAS FUNÇÕES                                                                                                                  |     |
| Nenhuma                                                                                                                         | 0   |
| Qualquer outro achado devido à EM                                                                                               | 1   |
| Desconhecido                                                                                                                    | (*) |
|                                                                                                                                 |     |
|                                                                                                                                 |     |

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_