



## GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

### ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL

PCDT / CID 10: M 08.0 / M 08.1 / M 08.2 / M 08.3 / M 08.4 / M 08.8 / M 08.9

#### 1. Medicamentos

##### DMARDS sintéticos

Leflunomida 20 mg, comprimido;  
Metotrexato 2,5mg, comprimido;  
Metotrexato 25 mg/ml, solução injetável;  
Sulfassalazina 500 mg, comprimido;

##### Imunosupressores

Ciclosporina 10, 25, 50, 100 mg, comprimido;  
Ciclosporina 100mg/ml, solução oral;

##### DMARDS imunobiológicos

Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;  
Etanercepte 25 mg, 50mg, frasco-ampola;  
Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão);  
Abatacepte 250mg, frasco-ampola (infusão);  
Tocilizumabe 80mg, frasco-ampola (infusão);

#### 2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

##### 2.1. Documentos pessoais

##### Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

##### 2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

##### Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, com critério descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- DAS28 ou JADAS ou JSpADA**;
- CHAQ**.

##### Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

##### 2.3. Exames

##### Solicitação inicial

##### Para Todos:

- Hemograma com plaquetas;
- Creatinina;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- Velocidade de Hemossedimentação – VSH;
- Proteína C Reativa – PCR;
- Fator Reumatóide (Látex);
- Sorologias para anti-Hbc, anti-HCV e HBsAg;
- Radiografia de articulação acometida (laudo) OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética **(não tem prazo de validade)**;
- Radiografia simples de tórax (laudo) **(validade de 1 ano)**;

##### Para metotrexato, leflunomida, Ciclosporina, Sulfassalazina tocilizumabe e abatacepte:

- BETA-HCG (para o sexo feminino até 55 anos de idade) realizado até 15 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento (laudo) de esterilização ou menopausa;

##### Facultativo:

- Cópia do Laudo de exame de anti-CCP ( **obrigatório** em caso de FR negativo);

##### Para DMARDS Biológicos e DMARD JAK, também:

- Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);

##### Para DMARD Biológico (tocilizumabe), também:

- Colesterol total;
- HDL e LDL;
- Triglicerídeos ;

##### Renovação a cada 6 (seis) meses

##### Para todos:

- Hemograma com plaquetas;
- Creatinina;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);

##### Para DMARD Biológico (tocilizumabe), também:

- Colesterol total;
- HDL e LDL;
- Triglicerídeos.

##### Para metotrexato, leflunomida, Ciclosporina, Sulfassalazina tocilizumabe e abatacepte:

- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias) (apresentar mensalmente).

#### 3. Serviços de Referência



**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**  
**GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**4. Para Receber os Medicamentos**

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

**5. Observações:**

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia, REUMATOLOGIA;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino menores de 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. Portaria nº. 16, de 03 de Setembro de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Artrite Idiopática Juvenil;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

<b>HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO</b>	<b>CENTRAL TELEFÔNICA</b>	<b>PORTAL SESAU/LINK CEAF</b>
07:30 h às 16:30 h	3315-6109 e 3315-6110	<a href="https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/">https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/</a>
Segunda à sexta		
(fechado no último dia útil do mês)		(todas as letras devem ser minúsculas)



## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

**ABATACEPTE, ADALIMUMABE, CICLOSPORINA, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, SULFASSALAZINA, TOCILIZUMABE E TOFACITINIBE**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **abatacepte, adalimumabe, ciclosporina, etanercepte, golimumabe, infliximabe, leflunomida, metotrexato, sulfassalazina, tocilizumabe e tofacitinibe** indicados para o tratamento da **Artrite Idiopática Juvenil**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- medicamentos classificados na gestação como categoria B (estudos em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável): infliximabe, etanercepte, adalimumabe e sulfassalazina (no primeiro trimestre);
- medicamentos classificados na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): ciclosporina, metilprednisolona, abatacepte e tocilizumabe;
- medicamento classificado na gestação como categoria D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos) sulfassalazina (no terceiro trimestre);
- medicamentos classificados na gestação como categoria X (estudos em animais ou em humanos claramente mostraram risco para o bebê que suplantam quaisquer potenciais benefícios, sendo contraindicados na gestação): leflunomida e metotrexato;
- efeitos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaqueca, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, ocorrência de distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura;
- efeitos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, aumento da sensibilidade aos raios solares, alergias de pele graves, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia, hepatite, dificuldade para engolir, diminuição do número dos glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos do sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas;
- efeitos adversos da ciclosporina: disfunção renal, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, hipertrofia gengival, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídios, formigamentos, dor no peito, infarto do miocárdio, batimentos rápidos do coração, convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, úlcera péptica, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, hemorragias, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, síndrome hemolítico-urêmica, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, hiperpotassemia, hipomagnesemia, hiperuricemia, toxicidade para os músculos, disfunção respiratória, sensibilidade aumentada a temperatura e reações alérgicas, toxicidade renal e hepática e ginecomastia;
- efeitos adversos da metiprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, e manifestação de diabetes melito;
- efeitos adversos do metotrexato: convulsões, encefalopatia, febre, calafrios, sonolência, queda de cabelo, espinhas, furúnculos, alergias de pele leves a graves, sensibilidade à luz, alterações da pigmentação da pele e de mucosas, náusea, vômitos, perda de apetite, inflamação da boca, úlceras de trato gastrointestinal, hepatite, cirrose e necrose hepática, diminuição das células brancas do sangue e das plaquetas, insuficiência renal, fibrose pulmonar e diminuição



**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE**  
**GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**



das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;

- efeitos adversos da leflunomida: pressão alta, dor no peito, palpitações, aumento do número de batimentos do coração, vasculite, varizes, edema, infecções respiratórias, sangramento nasal, diarreia, hepatite, náusea, vômitos, perda de apetite, gastrite, gastroenterite, dor abdominal, azia, gases, ulcerações na boca, pedra na vesícula, prisão de ventre, desconforto abdominal, sangramento nas fezes, candidíase oral, aumento das glândulas salivares, boca seca, alterações dentárias, distúrbios do paladar, infecções do trato geniturinário, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, tonturas, febre, sonolência, distúrbios do sono, formigamentos, alteração da cor e queda de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabetes melito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, desordens menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;
- efeitos adversos de adalimumabe, etanercepte, infliximabe: reações no local da aplicação da injeção como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas do trato respiratório superior, como faringite, rinite, laringite, tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal;
- efeitos adversos de abatacepte: reações no local da aplicação da injeção ou reações alérgicas durante ou após a infusão, dor de cabeça, nasofaringite, enjoos e risco aumentado a uma variedade de infecções, como herpes-zóster, infecção urinária, gripe, pneumonia, bronquite e infecção localizada. A tuberculose pode ser reativada ou iniciada com o uso do medicamento e aumento de risco para alguns tipos de câncer (abatacepte);
- efeitos adversos do tocilizumabe: reações no local da aplicação da injeção e durante a infusão, alergias, coceira, urticária, dor de cabeça, tonturas, aumento da pressão sanguínea, tosse, falta de ar, feridas na boca, aftas, dor abdominal e risco aumentado a uma variedade de infecções, como infecções de vias aéreas superiores, celulite, herpes simples e herpes-zóster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicerídios);
- alguns medicamentos biológicos aumentam o risco de tuberculose, devendo ser realizada antes do início do tratamento pesquisa de infecção ativa ou de tuberculose latente, para tratamento apropriado;
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula;
- o risco de ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a) inclusive em caso de desistência do uso do(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

<input type="checkbox"/> Abatacepte	<input type="checkbox"/> Etanercepte	<input type="checkbox"/> Tocilizumabe
<input type="checkbox"/> Adalimumabe	<input type="checkbox"/> Infliximabe	<input type="checkbox"/> Metotrexato
<input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/> Leflunomida	<input type="checkbox"/> Sulfassalazina

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____			
Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
_____		_____	_____
Assinatura e carimbo do médico		Data	

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



## RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

### Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Artrite Idiopática Juvenil

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

- ❖ O paciente é diagnosticado com Artrite Idiopática Juvenil? ( ) Sim ( ) Não
- ❖ Qual o subtipo da Artrite Idiopática Juvenil?
  - ( ) Artrite Idiopática Juvenil Sistêmica;
  - ( ) Artrite Idiopática Juvenil Oligoarticular;
  - ( ) Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular FR positivo;
  - ( ) Artrite Idiopática Juvenil Poliarticular FR negativo;
  - ( ) Artrite Psoríaca;
  - ( ) Artrite Relacionada a Entesite;
  - ( ) Artrite Indiferenciada.
- ❖ O paciente apresenta algum dos critérios abaixo?
  - ( ) Artrite;
  - ( ) Febre por mais de 15 dias, documentada pelo mesmo 3 dias na semana;
  - ( ) Manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfonodomegalia generalizada;
  - ( ) Uma a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença;
  - ( ) Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença 2;
  - ( ) Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses;
  - ( ) Fator reumatoide negativo;
  - ( ) Artrite e Psoríase;
  - ( ) Artrite e 2 dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente do primeiro grau com psoríase;
  - ( ) Artrite e Entesite;
  - ( ) Entesite;
  - ( ) HLA B27 positivo, dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas;
  - ( ) Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroiliite, artrite reativa, uveíte anterior aguda;
  - ( ) Psoríase ou história de psoríase em paciente ou parente de 1º grau;
  - ( ) Artrite com início em paciente com mais de seis anos, do sexo masculino e presença de HLA-B27;
  - ( ) Espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, sacroiliíte com artrite inflamatória intestinal, síndrome de artrite reativa, uveíte anterior aguda ou história de uma dessas doenças em um parente de 1º grau;
  - ( ) Presença de fator reumatoide IgM em duas ocasiões, com intervalo superior a 3 meses;
  - ( ) Presença de artrite sistêmica no paciente;
- ❖ Atividade inflamatória da doença, com contagem de articulações **inchadas**\_\_\_\_; **dolorosas**\_\_\_\_ e um dos índices de atividade pontuando:
  - ( ) **DAS28/resultado:**\_\_\_\_. ( ) **JADAS/resultado:**\_\_\_\_. ( ) **JSpADA/resultado:**\_\_\_\_\_.
- ❖ O paciente está em início de tratamento para Artrite Idiopática Juvenil? ( ) Sim ( ) Não
- ❖ O Paciente possui outras doenças diagnosticadas? ( ) Sim ( ) Não
- Se sim, Qual? \_\_\_\_\_
- ❖ Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? ( ) Sim ( ) Não
- Se sim, Qual? \_\_\_\_\_



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



❖ O paciente possui alguma complicação clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

❖ O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, preencher tabela abaixo

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)					
	Dose	Tempo		Dose	Tempo
<b>Anti-inflamatórios não hormonais</b>	não precisa				
<b>Corticosteróide. Qual?</b>					
<b>MMCD sintético</b>			<b>MMCD biológico</b>		
( ) Metotrexato			( ) Infliximabe		
( ) Leflunomida			( ) Etanercepte		
( ) Sulfassalazina			( ) Adalimumabe		
<b>Medicamentos imunossupressores</b>			( ) Abatacepte		
( ) Ciclosporina			( ) Tocilizumabe		

❖ O paciente faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

❖ Outros dados clínicos relevantes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Em caso de paciente em idade fértil, a paciente encontra-se gestante ou amamentando? Caso a resposta seja negativa, qual o método anticoncepcional em uso?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ INICIADO PROFILAXIA PARA TUBERCULOSE LATENTE? (caso afirmativo, anexe a receita comprobatória)

( ) NÃO ( ) SIM      Data: \_\_/\_\_/\_\_

O diagnóstico de entrada é compatível com Artrite Idiopática Juvenil CID 10: \_\_\_\_\_ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Artrite Idiopática Juvenil, necessitando fazer uso de \_\_\_\_\_ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_/\_\_/\_\_

### Disease Activity Score (DAS 28)

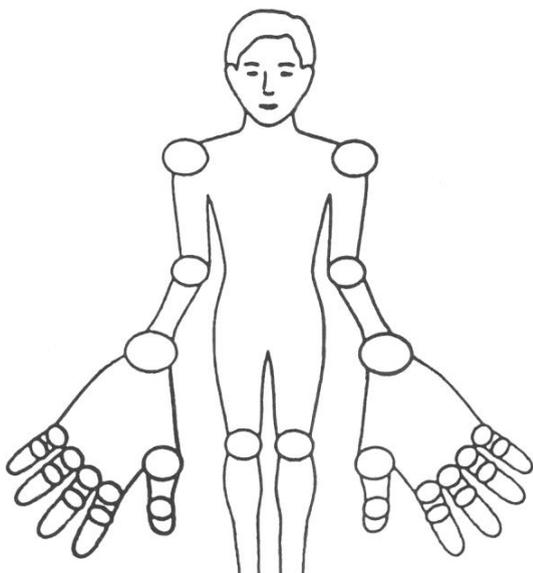
Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

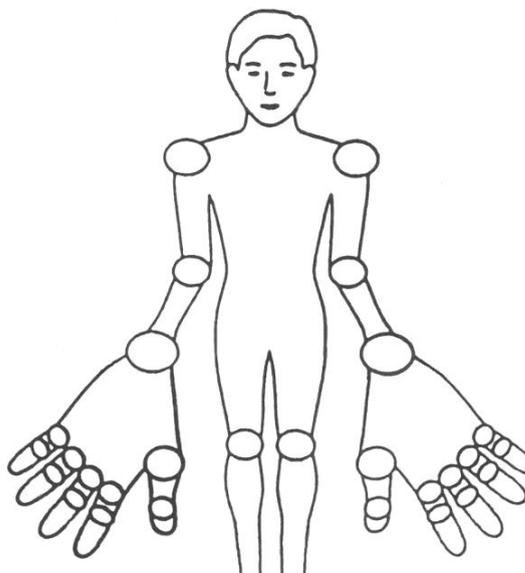
#### Articulações Dolorosas



1. Quantidade de articulações dolorosas:

--	--

#### Articulações Edemasiadas



2. Quantidade de articulações edemasiadas:

--	--

3. ESR (mm/h):                      or CRP (mg/l):

--	--	--

--	--	--

4. Avaliação do paciente sobre a atividade da doença?

Quão ativa esta sua artrite durante a última semana?

Pouco ativa    0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10    Muito ativa

DAS 28:

--

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



### CHAQ – Childhood Health Assessment Questionnaire (Questionário de Avaliação de Saúde)

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
**Data de Nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Tempo de diagnóstico:** \_\_\_\_\_  
**CNS:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** ( ) F ( ) M

Nas questões seguintes, marcar a resposta que melhor descreve as atividades habituais da criança DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Assinalar apenas aquelas dificuldades ou limitações que são devidas à doença. Se a maioria das crianças da idade do paciente não faz uma certa atividade, por favor não marcar, NENHUM ITEM. Por exemplo, se a criança tem dificuldade ou é incapaz de fazer certa atividade porque é muito nova ou não aprendeu ainda e não porque esteja limitada pela doença, por favor não marque, NENHUMA RESPOSTA.

	0	1	2	3
<b>VESTIR-SE</b>				
1. Vestir-se, incluindo amarrar os cordões do sapato e abotoar sua roupa				
2. Lavar a cabeça e os cabelos				
3. Retirar as meias				
4. Cortar as unhas				
<b>LEVANTAR-SE</b>				
5. Levantar-se de uma cadeira baixa ou do chão				
6. Deitar ou levantar-se da cama ou do berço				
<b>ALIMENTAR-SE</b>				
7. Cortar sua própria carne				
8. Levar uma xícara ou um copo até a boca				
9. Abrir uma caixa nova de maisena ou de cereais				
<b>CAMINHAR</b>				
10. Caminhar na rua, em lugares planos				
11. Subir cinco degraus				
<b>HIGIENE PESSOAL</b>				
12. Lavar o corpo inteiro e secá-lo após o banho				
13. Tomar banho de banheira (entrar e sair)				
14. Senta-se e levantar-se de um vaso sanitário ou de um penico				
15. Escovar os dentes				
16. Pentear/escovar o cabelo				
<b>ALCANÇAR</b>				
17. Alcançar e pegar um objeto (jogo grande ou livro) situado um pouco acima da cabeça				
18. Curvar-se para pegar uma roupa ou pedaço de papel no chão				
19. Vestir-se uma camiseta por cima da cabeça				
20. Virar a cabeça e olhar por cima do ombro				
<b>APREENDER OBJETOS</b>				
21. Escrever ou desenhar com uma caneta ou um lápis				
22. Abrir portas de carro				
23. Abrir garrafas ou potes que já tenham sido abertos antes				
24. Abrir e fechar torneiras				
25. Abrir uma porta quando tem que girar uma maçaneta				
<b>OUTRAS ATIVIDADES</b>				
26. Levar recados e fazer compras nas redondezas onde mora				
27. Entrar e sair de um carro, carro de brinquedo ou ônibus escolar				
28. Andar de bicicleta ou triciclo				
29. Ajudar em tarefas caseiras (lavar pratos, retirar lixo, fazer a cama, limpar o quarto)				
30. Correr e brincar				

**0=Sem nenhuma dificuldade; 1=Com alguma dificuldade; 2=Com muita dificuldade; 3=Incapaz de fazer**

OBS 1: Caso a criança necessite de algum **APOIO ou APARELHOS (INSTRUMENTOS) ou da AJUDA DE OUTRAS PESSOAS** para realizar as atividades descritas, a pontuação mínima para aquela categoria é 2;

OBS 2: O item de maior pontuação determinará a pontuação de cada categoria. O escore final (0 – 3) será a média aritmética dos pontos das 8 categorias.

CHAQ <0,13: SEM INCAPACIDADE	CHAQ ENTRE 0,13 E 0,63: INCAPACIDADE LEVE
CHAQ ENTRE 0,63 E 1,75: INCAPACIDADE LEVE A MODERADA	CHAQ >1,75: INCAPACIDADE MODERADA

(Singh G, et al. Arthritis Rheum. 1994;37:1761-9)

\_\_\_\_\_  
Data, carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE



## JSpADA (Juvenile Spondyloarthritis Disease Activity Index)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

ITEM	ESCORE	PONT.
Número de articulações ativas (inclui qualquer articulação envolvida)	0 articulação = 0 1 – 2 articulações = 0,5 > 2 articulações = 1	
Número de ênteses ativas (inclui qualquer êntese envolvida)	0 ênteses = 0 1 – 2 ênteses = 0,5 > 2 ênteses = 1	
Dor, descrita pelo paciente na última semana (relatada como EVA de 0 – 10)	0 = 0 1 – 4 = 0,5 5 – 10 = 1	
VHS ou PCR (relacionados à doença)	Normal = 0 1 – 2 vezes o normal = 0,5 > 2 vezes o normal = 1	
Rigidez matinal (maior que 15 minutos)	Ausente = 0 Presente = 1	
Sacroilíte clínica, definida pela presença de ≥ 2 dos seguintes: sensibilidade ao exame físico, Teste de Faber ou Patrick positivos, dor lombar inflamatória	Ausente = 0 Presente = 1	
Uveíte (aguda sintomática ou crônica assintomática)	Ausente = 0 Presente = 1	
Mobilidade da coluna lombar (avaliada pelo teste de Schober modificado < 20 cm)	Ausente = 0 Presente = 1	
<b>Pontuação</b>	<b>0 - 8</b>	

Weiss PF, Colbert RA, Xiao R, et al. Arthritis Care Res (Hoboken) 2014;66(12):1775-82



Data, carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\* \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_ 20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de \_\_\_\_\_, Nome do paciente  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_ e do  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº \_\_\_\_\_ **AUTORIZO**  
Nº CNS  
\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade  
Nome completo do representante  
nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_, domiciliado no endereço  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, no município  
Nome do logradouro  
de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ como meu  
Município/UF CEP da residência Telefone de contato  
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: \_\_\_\_\_
- Motivo da necessidade de representante:
  - Impossibilidade física
  - Município de residência diverso ao da farmácia
  - Incompatibilidade de horário
  - Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido instituído como REPRESENTANTE  
Nome do representante  
do paciente \_\_\_\_\_, conforme descrição acima referida,  
Nome do paciente  
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão, nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante