



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO - ARTRITE REATIVA

PCDT / CID 10: M 02.1 / M 02.3 / M 03.2 / M 03.6

1. Medicamentos

Sulfassalazina 500 mg, comprimido.

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**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, com critério ASAS ;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;**
- BASDAI OU ASDAS;**

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

- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular;
- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- Hemograma completo c/ plaquetas;
- Proteína C reativa (PCR);
- Cópia do laudo de radiografia simples OU ultrassonografia OU ressonância magnética.

Para Sulfassalazina:

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

Renovação a cada 6 (seis) meses

- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular;
- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- Hemograma completo c/ plaquetas.

Para Sulfassalazina:

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

3. Serviços de Referência

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 diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- 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.
- 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. 06, de 22 de Abril de 2021, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Artrite Reativa;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.



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



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



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

SULFASSALAZINA

Eu, _____ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento **sulfassalazina**, indicado para o tratamento do **Artrite Reativa**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer o seguinte benefício:

- melhora da dor;
- melhora dos sinais e sintomas de inflamação articular;
- melhora da qualidade de vida; e
- redução da morbidade e incapacidade nos pacientes.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- não deve ser usado durante a gravidez e lactação, exceto sob orientação do seu médico.
- medicamento contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula
- efeitos adversos da sulfassalazina: dor de cabeça, sensibilidade aumentada 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 à tosse e febre (pneumonia intersticial), dores articulares, cansaço e reações alérgicas.

Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

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

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 Reativa

Paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____
CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____
Sexo: () F () M

- ❖ Paciente diagnosticado com Artrite Reativa? () Sim () Não
 - ❖ Apresenta doença em atividade? () axial () periférica
 - ❖ Paciente apresenta:
 - () Dor lombar inflamatória;
 - () limitação da mobilidade da coluna lombar;
 - () Expansão torácica reduzida;
 - () Sacroilíte bilateral grau 2-4;
 - () Sacroilíte unilateral grau 3-4;
 - () Artrite;
 - () Entesite;
 - () Uveíte;
 - () Dactilite;
 - () Psoríase;
 - () Doença de Crohn;
 - () Retocolite ulcerativa;
 - () Presença Antígeno HLA-B27;
 - () Proteína C reativa elevada;
 - ❖ Critérios ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society). Preenchendo _____ dos 3 critérios.
 - ❖ Tempo da duração da Lombalgia inflamatória? _____
 - ❖ Resultado BASDAI: _____
 - ❖ Resultado ASDAS: _____
 - ❖ O paciente apresenta artrite?
 - () assimétrica () monoarticular () oligoarticular
 - ❖ O paciente apresenta oligoartrite aguda e assimétrica de membros inferiores, principalmente em joelhos, tornozelos e articulações metatarsofalângicas? () Sim () Não
 - ❖ O paciente apresenta acometimento poliarticular? () Sim () Não
 - ❖ O paciente apresenta infecção sintomática precedendo o quadro articular? () Sim () Não
 - () enterite () uretrite () uretral
 - ❖ O paciente apresenta manifestações mucocutâneas incluem úlceras orais indolores e autolimitadas, ceratoderma blenorrágica, pústulas palmoplantares e balanite circinada? () Sim () Não
 - ❖ O paciente apresenta evidência de infecção da uretra ou do colo uterino por *Chlamydia trachomatis*? () Sim () Não
 - ❖ O paciente apresentou cultura de fezes positiva para patógenos entéricos? () Sim () Não
 - ❖ O Paciente possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não
- Se sim, Qual? _____
- ❖ Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não
- Se sim, Qual? _____
- ❖ O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não
- Se sim, Qual? _____
- ❖ O paciente está em início de tratamento para Artrite Reativa? () Sim () Não
 - ❖ O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não
- Se sim, Qual? _____



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



Por quanto tempo: _____

❖ O paciente faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? _____

Outros dados clínicos relevantes:

Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso (campo obrigatório): _____

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

Data __/__/__

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE



BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index)

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____

CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____

Sexo: () F () M

1- Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido?

Nenhum Intenso

2- Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada a sua doença?

Nenhum Intenso

3- Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril?

Nenhum Intenso

4- Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou a compressão em regiões do corpo doloridas?

Nenhum Intenso

5- Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda?

Nenhum Intenso

6- Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda? 0h 1h 2h mais

Nenhum Intenso

0h

1h

2h

BASDAI: soma dos valores das questões 1, 2, 3, 4 e a média dos valores da 5 e 6 dividindo este total por 5.

$$\frac{(Q1 + Q2 + Q3 + Q4) + \frac{(Q5 + Q6)}{2}}{5}$$

5

Resultado final: _____

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ___/___/___



ESCALA ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de diagnostico _____ CID: _____

Fórmulas para cálculo do escore ASDAS por proteína C reativa (PCR) e por velocidade de hemossedimentação (VHS) em calculadora específica:

ASDAS – PCR	$0,12 \times \text{Dor axial} + 0,06 \times \text{Duração da rigidez matinal} + 0,11 \times \text{Avaliação Global do Paciente} + 0,07 \times \text{Dor/Edema periféricos} + 0,58 \times \text{Ln (PCR+1)}$
ASDAS - VHS	$0,08 \times \text{Dor axial} + 0,07 \times \text{Duração da rigidez matinal} + 0,11 \times \text{Avaliação Global do Paciente} + 0,09 \times \text{Dor/Edema periféricos} + 0,29 \times \sqrt{\text{VHS}}$

$\sqrt{\text{VHS}}$, raiz quadrada da velocidade de hemossedimentação (mm/h); Ln (PCR+1), logaritmo natural da proteína C reativa (mg/L)+1.

Dor axial, avaliação global do paciente, duração da rigidez matinal e dor/edema periféricos são avaliados em escala analógica (de 0 a 10 cm) ou em uma escala numérica (de 0 a 10).

Dor axial (questão 2 do BASDAI): "Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença?"

Duração da rigidez matinal (questão 6 do BASDAI): "Quanto tempo dura a rigidez matinal a partir do momento em que você acorda?"

Avaliação do paciente: "Quão ativa esteve a sua espondilite em média na última semana*?"

Dor/edema periférico (questão 3 do BASDAI): "Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas, região lombar e quadril?"

Doença inativa	< 1,3
Atividade de doença moderada	1,4 – 2
Atividade de doença alta	2,1 – 3,5
Atividade de doença muito alta	>3,5

*Tradução literal para o português validada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia

Pontuação apresentada de acordo com a escala ASDAS: _____

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data: ____/____/____.

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