



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO - ARTRITE PSORÍACA

PCDT / CID 10: M 07.0 / M 07.2 / M 07.3

1. Medicamentos

Ciclosporina 10, 25, 50 e 100 mg, comprimido;
Ciclosporina 100mg/ml, solução oral ;
Leflunomida 20 mg, comprimido;
Metotrexato 2,5mg, comprimido;
Metotrexato 50 mg/2mL, frasco;
Sulfassalazina 500 mg, comprimido;

Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão);
Etanercepte 25 e 50 mg, frasco-ampola;
Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;
Golimumabe 50 mg/0,5mL, seringa preenchida;
Tofacitinibe: comprimidos de 5 mg;
Certolizumabe Pegol: solução injetável 200 mg/mL;
Secuquinumabe: solução injetável 150mg/mL com caneta aplicadora

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;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;**
- Escala Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR);**
- HAQ;**
- DAPSA OU MDA OU ASDAS OU LEI OU BASDAI;**

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;
- Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA;
- Cópia do Laudo de Radiografia simples Tórax OU Tomografia de Tórax;
- Creatinina;
- Sorologias para Hbc, HCV e HBsAG.

Para Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e 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 Ciclosporina, Leflunomida, Metotrexato e 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 exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino menores de 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.



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



- 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. 09, de 21 de Maio de 2021.que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Artrite Psoriática;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

<https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/>

(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

CICLOSPORINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFLIXIMABE, GOLIMUMABE, SECUQUINUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL e TOFACITINIBE

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, metotrexato, leflunomida, ciclosporina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe, certolizumabe pegol e tofacitinibe**, indicado para o tratamento do **Artrite Psoriaca**.

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 os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas da doença, como dor e rigidez;
- melhora da qualidade de vida.

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

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- sulfassalazina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe e certolizumabe pegol: medicamentos classificados na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);
- naproxeno tofacitinibe: medicamento classificado na gestação como categoria C quando utilizado no primeiro e segundo trimestres de gestação (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, mas 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: medicamento classificado na gestação como fator de risco 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);
- metotrexato e leflunomida: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou para mulheres planejando engravidar);
- efeitos adversos da sulfassalazina: dores de cabeça, reações alérgicas (dores nas juntas, febre, coceira, erupção cutânea), sensibilidade aumentada aos raios solares, dores abdominais, náusea, vômitos, perda de apetite, diarreia; efeitos adversos mais raros: diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), anemia por destruição aumentada dos glóbulos vermelhos no sangue (anemia hemolítica), diminuição do número de plaquetas no sangue (aumenta os riscos de sangramento), piora dos sintomas de retocolite ulcerativa, problemas no fígado, falta de ar associada a tosse e febre (pneumonite intersticial), dor nas juntas, dificuldade para engolir, cansaço associado à formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e desenvolvimento de sintomas semelhantes aos do lúpus eritematoso sistêmico (ou seja, bolhas na pele, dor no peito, mal-estar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira);
- efeitos adversos do metotrexato: problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, diminuição do número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda de apetite, náusea, palidez, coceira e vômitos; efeitos adversos mais raros, dependendo da dose utilizada: cansaço associado à formação de bolhas e perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento de infecções ou agravá-las;
- 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, de cabelo, alergias de pele, coceira, pele seca, espinhas, hematomas, alterações das unhas, alterações da cor da pele, úlceras de pele, hipopotassemia, diabetes mellito, hiperlipidemia, hipertireoidismo, distúrbios menstruais, dores pelo corpo, alteração da visão, anemia, infecções e alteração da voz;
- 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;



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



- efeitos adversos de adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe certolizumabe pegol: reações no local da aplicação, como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço, alteração na pressão arterial; reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, podendo, em casos raros, ser fatal;
- contraindicação de adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe e certolizumabe pegol em casos de hipersensibilidade (alergia) ao(s) fármaco(s) ou aos componentes da fórmula, tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica com risco de vida, infecção por herpes zóster ativa, hepatite B ou C aguda, doença linfoproliferativa nos últimos cinco anos, insuficiência cardíaca congestiva classe III ou IV, doença neurológica desmielinizante. contraindicação do secuquinumabe: hipersensibilidade ao princípio ativo ou qualquer um dos componentes, tuberculose sem tratamento, infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, infecção fúngica com risco de vida, infecção por herpes zóster ativa, hepatite B ou C aguda;
- contraindicação do tofacitinibe: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, classe ou componentes; tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zóster ativa; hepatites B ou C agudas. É recomendada avaliação dos pacientes quanto a fatores de risco para tromboembolismo venoso antes do início do tratamento e periodicamente durante o tratamento. O tofacitinibe deve ser usado com cautela em pacientes nos quais os fatores de risco são identificados.

Estou ciente de que o(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 desistir de usar o(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 do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- () Sulfassalazina
- () Metotrexato
- () Leflunomida
- () Ciclosporina
- () Adalimumabe
- () Etanercepte
- () Infliximabe
- () Golimumabe
- () Secuquinumabe
- () Certolizumabe pegol
- () Tofacitinibe

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 Psoriaca

Paciente: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____
Sexo: () F () M

O paciente é portador (a) de:

- () M07.0 Artropatia psoriática interfalângiana distal
() M07.2 Espondilite psoriásica
() M07.3 Outras artropatias psoriáticas

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos e foi diagnosticado com base nos critérios de CASPAR assinalar abaixo:

CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS DO CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis):

- () Evidência de doença inflamatória articular () Periférica () Axial () Entesítica
E
() Três ou mais pontos das categorias apresentadas no Quadro – Pontuação:

	Categoria	Pontuação
()	Psoríase atual	2
()	História pessoal de psoríase	1
()	História familiar de psoríase	1
()	Distrofia ungueal psoriática típica (onocólise, <i>pitting</i> ou hiperqueratose ungueal)	1
()	Fator reumatoide negativo	1
()	História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)	1
()	Formação óssea justa-articular à radiografia simples	1

*Adaptado de Taylor W. et al., 2006

A doença está persistente e em atividade, com contagem de _____ articulações dolorosas, _____ articulações inflamadas, _____ entesite e/ou _____ dactilite. Apresentando BASDAI: _____ e/ou ASDAS: _____ e/ou DAPSA: _____ e/ou LEI: _____ ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA* ().

***Minimal Disease Activity(MDA): Os pacientes são considerados com atividade mínima da doença quando satisfazem 5 dos seguintes 7 critérios.**

Critério	Ponte de corte	Preencheu critério?
Escala de dor VAS, escala 0 a 100	<15	Sim () Não ()
Avaliação global da atividade da doença por VAS 0 a 100	<20	Sim () Não ()
HAQ 0-3	≤0,5	Sim () Não ()
Contagem de articulações dolorosas	≤1	Sim () Não ()
Contagem de articulações edemaciadas	≤1	Sim () Não ()
PASI 0-72 OU área de superfície corporal envolvida 0-100%	≤1 ou ≤ 3%	Sim () Não ()
Entesite	≤1	Sim () Não ()

VAS: escala analógica visual; HAQ: Questionário de Avaliação de Saúde; PASI: Área de Psoríase e Índice de Gravidade *Tradução literal para o português validada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia



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



Critérios de Falha:

- * Falha: BSADAI > 4 e dor na coluna com Escala visual > 4 (0-10) e/ou ASDAS > 2,1 com uso do medicamento de forma isolada ou em associação com AINEs ou MMCD-s por 6 meses
- **Falha: ≥1 articulações inflamadas ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA com uso do medicamento de forma isolada ou em associação por 6 meses

❖ 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 faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? _____

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

Se sim, preencher a tabela abaixo.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)	Dose	Tempo
Anti-inflamatórios não hormonais	não precisa	
Corticosteróide. Qual?		
MMCD sintético		
() Metotrexato		
() Leflunomida		
() Sulfassalazina		
() Ciclosporina		
MMCD biológico		
() Infliximabe		
() Etanercepte		
() Adalimumabe		
() Golimumabe		
() Secuquinumabe		
() _____		
Medicamentos DMARDS JAK		
() Tofacitinibe		

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

() NÃO () SIM Data: _____

Outros dados clínicos relevantes:

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

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE



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



Data: __/__/____.

HAQ – Health Assessment Questionnaire (Questionário de Avaliação de Saúde)

Paciente: _____

Data de Nascimento: __/__/____

CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____

Sexo: () F () M

Você é capaz de:	Nível de Dificuldade			
	Sem qualquer	Com alguma	Com muita	Incapaz de fazer
1 - Vestir-se, inclusive amarrar os cadarços dos sapatos e abotoar suas roupas?	0	1	2	3
2 - Lavar sua cabeça e seus cabelos?	0	1	2	3
3 - Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braço?	0	1	2	3
4 - Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
5 - Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
6 - Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3
7 - Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
8 - Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
9 - Subir 5 degraus?	0	1	2	3
10 - Lavar e secar seu corpo após o banho?	0	1		3
11 - Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12 - Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
13 - Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 kg, que está posicionado pouco acima da cabeça?	0	1	2	3
14 - Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
15 - Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?	0	1	2	3
16 - Abrir potes ou vidros de conservas, que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17 - Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3
18 - Fazer compras nas redondezas onde mora?	0	1	2	3
19 - Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20 - Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e rodo para água?	0	1	2	3

Escores dos componentes:

Componente 1, perguntas 1 e 2: Maior escore =

Componente 2, perguntas 3 e 4: Maior escore =

Componente 3, perguntas 5, 6 e 7: Maior escore =

Componente 4, perguntas 8 e 9: Maior escore =

Componente 5, perguntas 10, 11 e 12: Maior escore =

Componente 6, perguntas 13 e 14: Maior escore =

Componente 7, perguntas 15 e 16: Maior escore =

Componente 8, perguntas 18, 19 e 20: Maior escore =

Escore do HAQ = _____

(Média aritmética dos escores dos componentes)

Data, Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE



BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index)

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

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.

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

Resultado final: _____

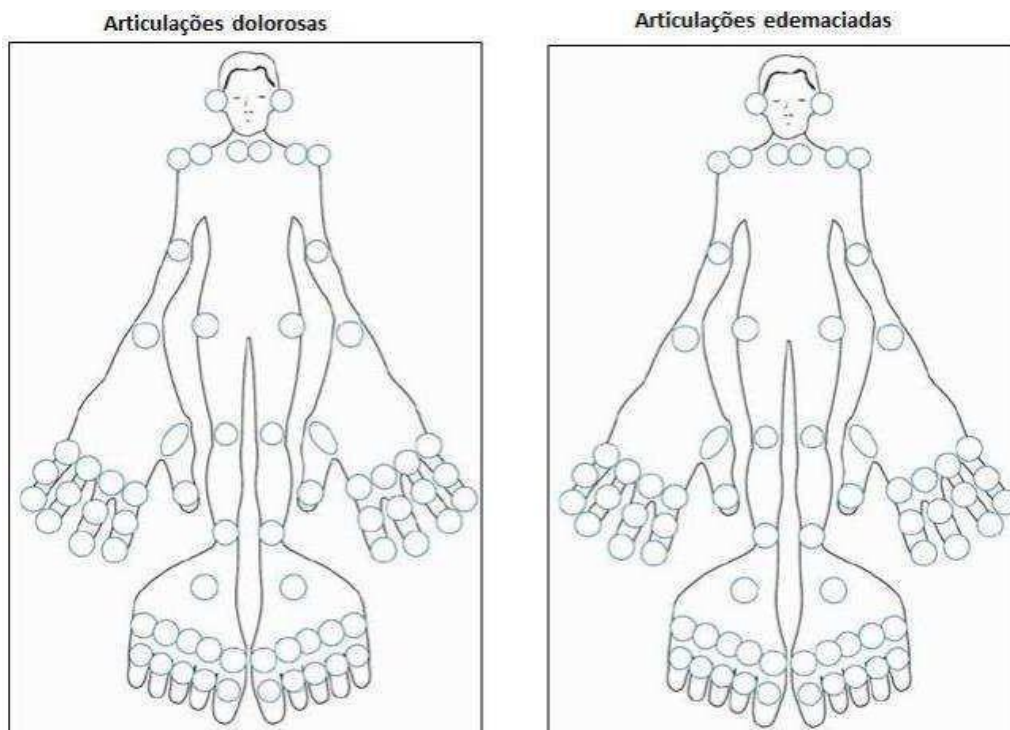
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data: ___/___/___.

Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score (DAPSA)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de diagnostico _____ CID: _____



1. Contagem de articulações dolorosas (0 – 68): (TJ _)

2. Contagem de articulações edemaciadas (0 – 68): (SJ _)

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

3. Nível de PCR: _____ (mg/dL)

4. Percepção do paciente com relação à atividade da doença e a dor:

a) Como você descreveria a atividade da sua doença na última semana?

Sem Atividade

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito ativa

b) Como você descreveria o grau total de dor na última semana?

Não tive

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muito severa

Cálculo: DAPSA = TJ + SJ + PCR + Atividade + Dor Resultado:

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data: ___/___/____.



ESCALA ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de diagnóstico _____ 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

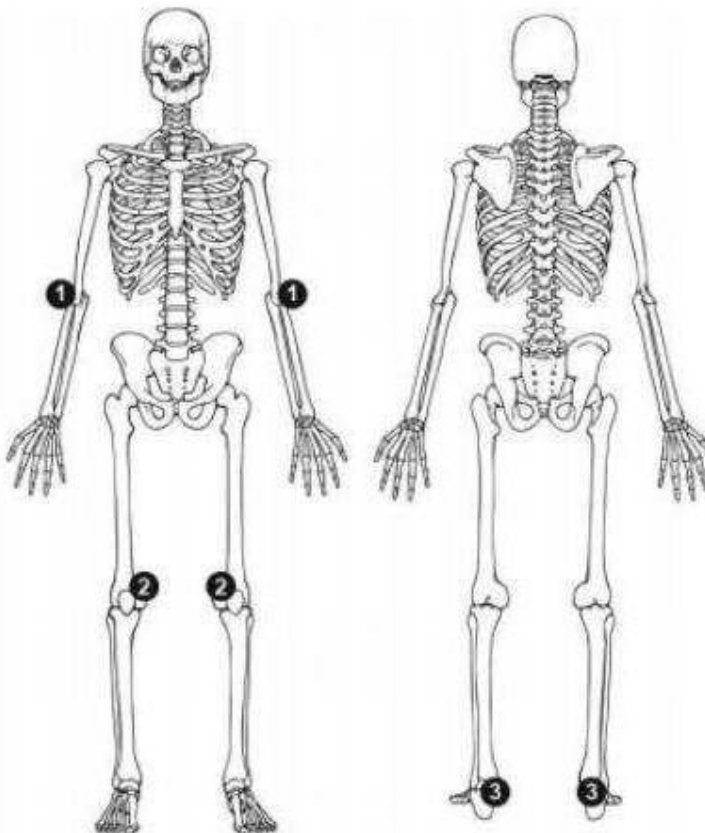
Data: ____/____/____.

Leeds Enthesitis Index (LEI) para a avaliação de entesites

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de diagnostico _____ CID: _____

Leeds Enthesitis Index (LEI)



- 1. Epicôndilo lateral esquerdo e direito.**
- 2. Côndilo femoral medial, esquerdo e direito.**
- 3. Inserção do tendão de Aquiles, esquerdo e direito.**

Fonte: Mease P. Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index(PASI)...Arthritis Care & Research. 2011;63(S11):S64–85.

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

Resultado final: _____

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