



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO – ARTRITE REUMATÓIDE

PCDT / CID 10: M 05.0 / M 05.1 / M 05.2 / M 05.3 / M 05.8 / M 06.0 / M 06.8

1. Medicamentos

DMARDS sintéticos

Leflunomida 20 mg, comprimido;
Metotrexato 2,5mg, comprimido;
Metotrexato 25 mg/ml, Solução injetável;
Sulfassalazina 500 mg, comprimido;
Cloroquina 150 mg, comprimido;
Hidroxicloroquina 400 mg, comprimido;

Imunossupressores

Ciclosporina 10, 25, 50, 100 mg, comprimido;
Ciclosporina 100 mg/ml, solução oral;
Ciclofosfamida: comprimidos de 50 mg.
Azatioprina 50mg, comprimido;

DMARDS imunobiológicos

Adalimumabe 40 mg, seringa preenchida;
Certolizumabe pegol 200mg, seringa preenchida;
Etanercepte 25 mg, 50mg, frasco-ampola;
Infliximabe 100 mg, frasco-ampola (infusão);
Golimumabe 50mg, seringa preenchida;
Abatacepte 250mg, frasco-ampola (infusão);
Rituximabe 500mg, frasco-ampola (infusão);
Tocilizumabe 80mg, frasco-ampola (infusão);

DMARDS -Jak

Tofacitinibe 5 mg comprimido;
Baricitinibe 2 mg e 4 mg comprimido;
Upadacitinibe 15 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**, com critério ACR/EULAR, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**;
- DAS28 OU CDAI OU SDAI** ;
- HAQ**.

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

- Taxa de filtração glomerular;
- 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);
- Laudo de oftalmologista (apenas para cloroquina e hidroxicloroquina);

Para metotrexato, leflunomida, Sulfassalazina, ciclofosfamida, Cloroquina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina, Azatioprina, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe, Baricitinibe, Upadacitinibe 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;

Renovação a cada 6 (seis) meses

Para todos:

- Hemograma com plaquetas;
- Creatinina;
- AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO);
- ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP);
- Laudo oftalmológico (a cada 5 anos apenas para cloroquina e hidroxicloroquina);

Para DMARD Biológico (tocilizumabe), também:

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

Para DMARD Biológico (rituximabe), também:

- Dosagem IgG sérica;

Para metotrexato, leflunomida, ciclofosfamida, Ciclosporina, Azatioprina, Tocilizumabe e Abatacepte:

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



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



Facultativo:

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

Para Metotrexato, 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;

Para DMARD Biológico (rituximabe), também:

() Dosagem IgG sérica.

Para Metotrexato, DMARDS Biológicos e DMARD JAK, também:

() Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA (validade de até um ano) –**Anualmente.**

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 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;
- O 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 Laudo 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 Reumatoide;
- 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

ABATACEPTE, ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, BARICITINIBE, CERTOLIZUMABE PEGOL, CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, CLOROQUINA, ETANERCEPTE, GOLIMUMABE, HIDROXICLOROQUINA, INFLIXIMABE, LEFLUNOMIDA, METOTREXATO, RITUXIMABE, SULFASSALAZINA, TOCILIZUMABE, TOFACITINIBE E UPADACITINIBE

Eu, _____ (nome do(a) responsável), responsável legal pelo paciente _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **abatacepte, adalimumabe, azatioprina, baricitinibe, certolizumabe pegol, ciclosporina, ciclofosfamida, cloroquina, etanercepte, golimumabe, hidroxiclороquina, infliximabe, leflunomida, metotrexato, rituximabe, sulfassalazina, tocilizumabe e tofacitinibe** indicados para o tratamento da **Artrite Reumatoide**.

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:

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

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, golimumabe, certolizumabe pegol 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): baricitinibe, cloroquina, hidroxiclороquina, ciclosporina, abatacepte, rituximabe, tocilizumabe e tofacitinibe;
- medicamentos classificados 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 de gestação), ciclofosfamida e azatioprina;
- 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;
- eventos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- eventos adversos de hidroxiclороquina: distúrbios visuais com visão borrada e fotofobia, edema macular, pigmentação anormal, retinopatia, atrofia do disco óptico, escotomas, diminuição da acuidade visual e nistagmo; outras reações: problemas emocionais, dores de cabeça, tonturas, movimentos involuntários, cansaço, branqueamento e queda de cabelos, mudanças da cor da pele e alergias leves a graves, náusea, vômitos, perda de apetite, desconforto abdominal, diarreia, parada na produção de sangue pela medula óssea (anemia aplásica), parada na produção de células brancas pela medula óssea (agranulocitose), diminuição de células brancas do sangue e de plaquetas, destruição das células do sangue (hemólise); reações raras: miopatia, paralisia, zumbido e surdez;
- eventos 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;
- eventos 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 (aumento das mamas no homem);

- eventos 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 das defesas imunológicas do organismo com ocorrência de infecções;
- eventos adversos de adalimumabe, etanercepte e 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;
- eventos 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). O vírus da hepatite B pode ser reativado (abatacepte);
- eventos adversos do certolizumabe pegol: Infecção bacteriana (incluindo tuberculose (pulmonar, extrapulmonar e disseminada) e abscessos), infecções virais (incluindo herpes, papilomavirus, influenza), distúrbios eosinofílicos, leucopenia (incluindo linfopenia e neutropenia), dor de cabeça (incluindo enxaqueca), anormalidade sensorial, náusea e vômito, hepatite (incluindo aumento das enzimas hepáticas), piroxia, dor (em qualquer local), astenia, prurido (em qualquer local), reação no local de injeção;
- eventos adversos do difosfato de cloroquina: cardiomiopatia; hipotensão; alteração eletrocardiográfica, como inversão ou depressão da onda T com alargamento do complexo QRS; eritema multiforme; anemia hemolítica (pode ocorrer em pacientes com deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD); neutropenia; pancitopenia; trombocitopenia; agranulocitose reversível;
- eventos adversos do golimumabe: infecções bacterianas (incluindo septicemia e pneumonia), micobacterianas (tuberculose), fúngicas invasivas e oportunistas, reativação do vírus da hepatite B, insuficiência cardíaca congestiva, distúrbios desmielinizantes do sistema nervoso central, pancitopenia, leucopenia, neutropenia, agranulocitose e trombocitopenia;
- eventos adversos da leflunomida: diarreia, náusea, vômitos, anorexia, distúrbios da mucosa bucal (por exemplo: estomatite aftosa, ulcerações na boca), dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos (por exemplo: transaminases, menos frequentemente gama-GT, fosfatase alcalina, bilirrubina), colite incluindo colite microscópica; elevação da pressão sanguínea. Leucopenia com contagem de leucócitos $> 2 \times 10^9/L$ ($>2 \text{ g/L}$); anemia, trombocitopenia com contagem de plaquetas $<100 \times 10^9/L$ ($<100 \text{ g/L}$). Cefaleia, vertigem e parestesia; distúrbios do paladar e ansiedade. Reações alérgicas leves (incluindo exantema maculopapular e outros), prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo. Urticária; perda de peso e astenia; hipopotassemia;
- eventos adversos do rituximabe: infecção do trato respiratório superior, infecções do trato urinário; bronquite, sinusite, gastroenterite, pé-de-atleta; neutropenia; reações relacionadas à infusão (hipertensão, náusea, erupção cutânea, piroxia, prurido, urticária, irritação na garganta, rubor quente, hipotensão, rinite, tremores, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema; edema generalizado, broncoespasmo, sibilo, edema na laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reação anafilactoide); hipercolesterolemia; cefaleia; parestesia; enxaqueca, tontura, ciática; alopecia; depressão, ansiedade; dispepsia, diarreia, refluxo gastroesofágico, úlcera bucal, dor abdominal superior; artralgia/dor; musculoesquelética, osteoartrite, bursite; níveis reduzidos de IgM; níveis reduzidos de IgG. Foi observada a ocorrência de condições cardíacas isquêmicas preexistentes que se tornam sintomáticas, como angina pectoris, bem como fibrilação e flutter atrial. Portanto, os pacientes com histórico de cardiopatia deverão ser monitorados atentamente;
- eventos 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 zoster, alterações nos exames laboratoriais (aumento das enzimas do fígado, bilirrubinas, aumento do colesterol e triglicéridos);
- eventos adversos do baricitinibe: aumento da taxa de infecções, neutropenia, linfopenia, reativação viral, diminuições



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



dos níveis de hemoglobina, aumentos nos parâmetros de lipídeos, aumento de aminotransferases/transaminases, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, perfuração gastrointestinal. O perfil de segurança em longo prazo do

-
-
- baricitinibe ainda não está bem estabelecido;
- eventos adversos do tofacitinibe: aumento da taxa de infecções, reativação viral, trombose venosa profunda, malignidade e distúrbio linfoproliferativo, perfurações gastrintestinais, hipersensibilidade, linfopenia, neutropenia, diminuição dos níveis de hemoglobina, aumento nos parâmetros lipídicos, elevação das enzimas hepáticas. O perfil de segurança em longo prazo do tofacitinibe ainda não está bem estabelecido;
- eventos adversos do upadacitinibe: aumento da taxa de infecções; reativação viral; neutropenia; linfopenia; anemia; aumentos nos parâmetros lipídicos; elevações de enzimas hepáticas; tromboembolismo venoso. O perfil de segurança em longo prazo do upadacitinibe ainda não está bem estabelecido;
- 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; e
- 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"/> Golimumabe	<input type="checkbox"/> Tofacitinibe
<input type="checkbox"/> Azatioprina	<input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina	<input type="checkbox"/> Upadacitinibe
<input type="checkbox"/> Baricitinibe	<input type="checkbox"/> Infliximabe	
<input type="checkbox"/> Certolizumabe pegol	<input type="checkbox"/> Leflunomida	
<input type="checkbox"/> Ciclofosfamida	<input type="checkbox"/> Metotrexato	
<input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/> Rituximabe	
<input type="checkbox"/> Cloroquina	<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 Reumatoide

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

Critérios Classificatórios utilizados para o diagnóstico preenchidos (necessidade de preenchimento pelo menos um dos critérios):

- ACR (American College of Rheumatology) de 1987 revisados.** Preenchendo _____ dos 7 critérios do, abaixo assinalados:
- () 1- **Rigidez matinal:** rigidez articular durando pelo menos 1 hora.
- () 2- **Artrite de três ou mais articulações:** pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular. Observado por médico.
- () 3- **Artrite de articulações das mãos** (punhos, interfalângicas proximais e metacarpofalangeanas).
- () 4- **Artrite simétrica:** comprometimento simultâneo bilateral.
- () 5- **Nódulos reumatóides:** nódulos subcutâneos sobre proeminências óssea, superfície extensora ou região justa-articular, observado pelo médico.
- () 6- **Fator reumatóide sérico positivo.**
- () 7- **Alterações radiológicas:** erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de articulações
- Critérios ACR/EULAR de 2010** pontuando em _____ (uma pontuação de pelo menos 6 em 10 deve estar presente em pacientes com sinovite clínica em pelo menos 1 articulação, que não seja justificada por outra causa)

Envolvimento articular

- () **1 articulação Grande** (Ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos): **0 pontos**
- () **2 a 10 articulações grandes** (Ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos): **1 ponto**
- () **1 a 3 articulações pequenas** (metacarpeanas, interfalângicas proximais, 2ª a 5ª metatarsianas e punhos): **2 pontos**
- () **4 a 10 articulações pequenas** (metacarpeanas, interfalângicas proximais, 2ª a 5ª metatarsianas e punhos): **3 pontos**
- () **Mais de 10 articulações** (pelo menos uma articulação pequena): **5 pontos**

Sorologia

- () **Fator reumatoide (FR) e anti-CCP negativos:** **0 pontos**
- () **FR ou anti-CCP positivos em títulos baixos (até 3 vezes o limite superior da normalidade):** **2 pontos**
- () **FR ou anti-CCP positivos em títulos elevados (maior do que 3 vezes o limite superior da normalidade):** **3 pontos**

Duração dos sintomas

- () **Menor que 6 semanas:** **0 pontos**
- () **Maior ou igual a 6 semanas:** **1 ponto**

Reagentes de fase aguda

- () **Proteína C Reativa e VHS normais:** **0 pontos**
- () **Proteína C Reativa ou VHS alterados:** **1 ponto**

Atividade inflamatória da doença, com contagem de articulações **inchadas** _____; **dolorosas** _____ e um dos índices de atividade pontuando:

() **DAS28 / resultado:** _____. () **CDAI / resultado:** _____. () **SDAI / resultado:** _____.



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



❖ O paciente está em início de tratamento para artrite reumatoide? () 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 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
Anti-inflamatórios não hormonais	não precisa		MMCD biológico		
Corticosteroíde. Qual?			() Certolizumabe pegol		
			() Infliximabe		
MMCD sintético			() Etanercepte		
() Metotrexato			() Adalimumabe		
() Leflunomida			() Golimumabe		
() Antimaláricos			() Abatacepte		
() Sulfassalazina			() Rituximabe		
			() Tocilizumabe		
Medicamentos imunossupressores			() Upadacitinibe		
() Azatioprina			Medicamentos DMARDS JAK		
() Ciclosporina			() Tofacitinibe		
() Ciclofosfamida			() Baricitinibe		

❖ 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 Reumatoide CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Artrite Reumatoide, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

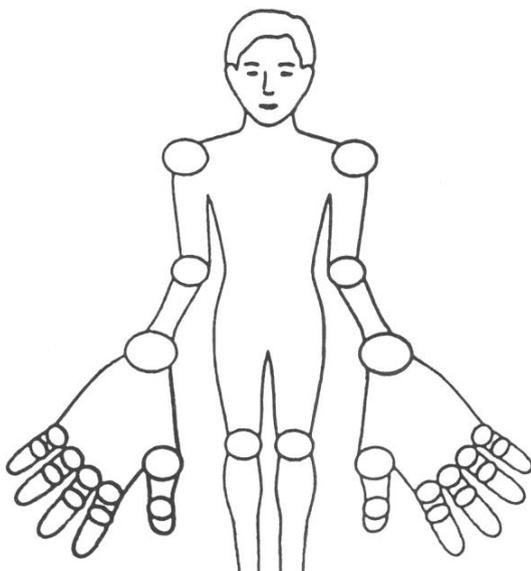
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ___/___/___

Disease Activity Score (DAS 28)

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

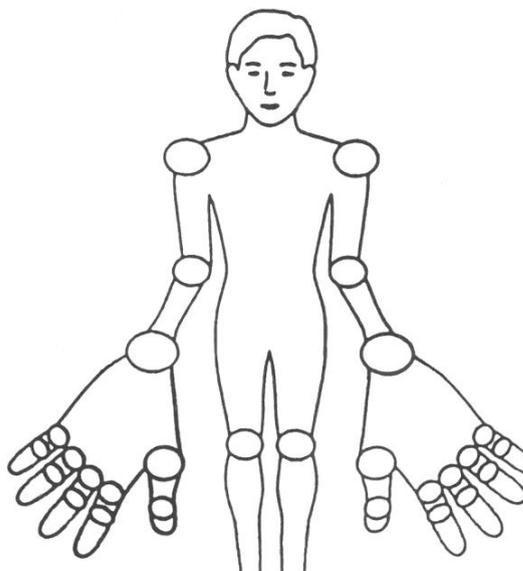
Articulações Dolorosas



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



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

Paciente: _____

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

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 suasroupas?	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	2	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 dosescores dos componentes)

Data, carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE



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



SDAI –Simplified Disease Activity Index (Índice Simplificado de Atividade de Doença)

Paciente: _____

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

CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____

Sexo: () F () M

SDAI = TJC + SJC + PCR (mg/dL) + avaliação global pelo paciente (VAS) + avaliação global pelo médico (VAS)

Variáveis	Valor
TJC em 28 articulações	
SJC em 28 articulações	
PCR (mg/dL)	
Avaliação global pelo paciente (VAS)	
Avaliação global pelo médico (VAS)	
Total	

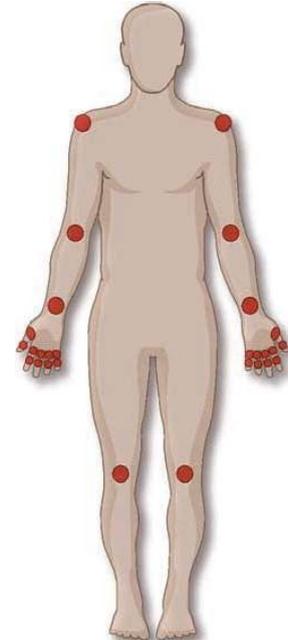
Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ___/___/___

CDAI (Clinical Disease Activity Index)

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

Articulação	Esquerda		Direito	
	Dor	Edema	Dor	Edema
Ombro				
Cotovelo				
Punho				
MCP 1				
MCP 2				
MCP 3				
MCP 4				
MCP 5				
PIP 1				
PIP 2				
PIP 3				
PIP 4				
Joelho				
Total:				



Avaliação global do paciente para a atividade da doença
 Considerando todas as formas que a artrite está afetando você, avalie na escala abaixo como você está

Muito bem | 0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10 | Muito mal

Nome _____ Data de nascimento _____ Data de _____

Avaliação global da atividade da doença pelo médico

Muito bem | 0 0,5 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 4,5 5 5,5 6 6,5 7 7,5 8 8,5 9 9,5 10 | Muito mal

Como avaliar CDAI

Variáveis	Escala	Valor
Resultado de dor articular	(0-28)	
Resultado de edema articular	(0-28)	
Resultado global do paciente	(0-10)	
Resultado global do médico	(0-10)	
Total	(0-76)	

CDAI interpretar resultados	
0.0 – 2.8	Remissão
2.9 – 10.0	Atividade baixa
10.1 – 22.0	Atividade moderada
22.1 – 76.0	Atividade alta

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*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

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