



Elaboração: 2017

Última revisão: 16/05/2022

Próxima Revisão: 05/2024

Revisão: 5

ARTRITE PSORIÁSICA

CID 10: M07.0; M07.2 M07.3

PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021.

Informações Gerais

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF

Medicamentos DMARDS não Biológicos- Sintéticos

Leflunomida 20 mg, comprimido
Metotrexato 2,5mg, comprimido
Metotrexato 50 mg/2mL, frasco
Sulfassalazina 500 mg, comprimido

Medicamentos imunossupressores

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

Medicamentos DMARDS JAK

Tofacitinibe: comprimido de 5 mg

Medicamentos DMARDS Biológicos

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
Sekuquinumabe: solução injetável 150mg/mL com caneta aplicadora
Certolizumabe pegol: 200mg/mL seringa preenchida

AINES

Naproxeno 500 mg, comprimido

Para recebimento da medicação (mensal) - (leflunomida)

() Receituário de Controle Especial em duas vias com validade para 30 dias; Tratamento para até 30 dias por receita

*Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.

No caso do preenchimento da **DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL (LISTAS C1 E C5)** – O farmacêutico avaliador deve anexar o receituário e sinalizar em sistema para que o farmacêutico dispensador saiba que o paciente já está com a receita liberada.

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)

- () Carteira de identidade com foto (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)

✓ Solicitação inicial

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
- () **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente com avaliação clínica do acometimento periférico e do acometimento axial;
- () **Declaração médica** para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

✓ Renovação a cada 6 (seis) meses

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar);
 - () **Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento.
 - () **Laudo Médico**, EM CASO DE ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO, justificando a alteração da dose ou troca do medicamento.
- Apresentar à critério médico:**
- () **Declaração médica** para solicitação de medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica sujeito a controle especial (listas C1 e C5)

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>Para todos: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);</p> <p>Para todos, exceto NAPROXENO, também: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Fator Reumatóide (Látex) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Radiografia de articulação acometida OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética (não tem validade de prazo) <input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de Radiografia simples de tórax OU Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano); <input type="checkbox"/> Sorologias para Hbc, HCV e HBsAG (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p> <p>Para Os MMCDs Sintéticos (metotrexato e leflunomida) <input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de B-HCG (para mulheres em idade fértil – até 55 anos) realizado até 10 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento (laudo) de esterilização ou menopausa;</p> <p>Para DMARDS Biológicos e DMARD JAK, também: <input type="checkbox"/> Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p>	<p>Para todos: <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP) (Validade de 90 dias); <input type="checkbox"/> Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);</p> <p>Apresentar à critério médico: <input type="checkbox"/> Laudo da Radiografia simples ou Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Velocidade de Hemossedimentação – VHS <input type="checkbox"/> Proteína C Reativa – PCR</p>
<p>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. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.</p> <p>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.</p>	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade REUMATOLOGISTA / DERMATOLOGISTA correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. A solicitação de medicamentos de infusão deverá ser do Serviço de Referência/Polo de Aplicação .

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
2. Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, **se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação**, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.
3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve estar de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- 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;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

LAUDO MÉDICO (ARTRITE PSORÍASICA)

Formulário para inclusão e substituição de terapia biológica

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ CID: _____

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO CASPAR (obrigatório para todos os medicamentos)	
Fonte: Adaptado de Taylor W. et al., 2006	
Artrite + pelo menos 3 pontos	
<input type="checkbox"/> Psoríase cutânea atual (avaliado por reumatologista ou dermatologista) (2 p.)	<input type="checkbox"/> História pessoal de psoríase (1 p.)
<input type="checkbox"/> História familiar psoríase – 1º ou 2º grau (1 p.)	<input type="checkbox"/> Fator Reumatóide negativo (1 p.)
<input type="checkbox"/> História de Dactilite ou atualmente (registrado por reumatologista) (1 p.)	
<input type="checkbox"/> Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés ao RX (1 p.)	
<input type="checkbox"/> Distrofia ungueal Psoriásica atual (registrado por reumatologista) (1 p.)	
ÍNDICE DE ATIVIDADE DE DOENÇA - CDAI (obrigatório para todos os medicamentos)	
1. Nº articulações dolorosas (0-28)	
2. Nº articulações edemaciadas (0-28)	
3. Avaliação da doença pelo paciente (VASp 0 a 10 mm)	
4. Avaliação da doença pelo médico (VASm 0 a 10 mm)	
VALOR TOTAL (1+2+3+4)	

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS PREVIAMENTE (obrigatório)	Dose	Tempo
Anti-inflamatórios não hormonais	não precisa	
Corticosteróide. Qual?		
MMCD sintético		
<input type="checkbox"/> Metotrexato		
<input type="checkbox"/> Leflunomida		
<input type="checkbox"/> Sulfasalazina		
<input type="checkbox"/> Ciclosporina		
MMCD biológico		
<input type="checkbox"/> Infliximabe		
<input type="checkbox"/> Etanercepte		
<input type="checkbox"/> Adalimumabe		
<input type="checkbox"/> Golimumabe		
<input type="checkbox"/> Sekuquinumab		
<input type="checkbox"/> _____		
Medicamentos DMARDS JAK		
<input type="checkbox"/> Tofacitinibe		

EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS	EXAMES COMPLEMENTARES INICIAIS PARA MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS
<input type="checkbox"/> Hemograma (<i>validade 3 meses</i>)	<input type="checkbox"/> PPD (Mantoux) (<i>validade até 1 ano</i>)
<input type="checkbox"/> VSH e/ou PCR (<i>validade 3 meses</i>)	<input type="checkbox"/> HBsAg, Anti-HBs (<i>validade até 1 ano</i>)
<input type="checkbox"/> TGO (AST) (<i>validade 3 meses</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-HCV (<i>validade até 1 ano</i>)
<input type="checkbox"/> TGO (ALT) (<i>validade 3 meses</i>)	<input type="checkbox"/> Anti-HIV (<i>validade até 1 ano</i>)
<input type="checkbox"/> Creatinina (<i>validade 3 meses</i>)	
<input type="checkbox"/> RX de tórax OU tomografia de torax: (<i>validade de até 1 ano</i>)	
<input type="checkbox"/> RX simples da articulação acometida OU Ultrasonografia OU Ressonância magnética (<i>não tem prazo de validade</i>)	

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

 NÃO SIM Data: _____Médico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

IBUPROFENO, NAPROXENO, PREDNISONA, CICLOSPORINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFILIXIMABE, GOLIMUMABE, SECUQUINUMABE, CERTOLIZUMABE PEGOL e TOFACITINIBE.

Eu, _____ declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de ibuprofeno, naproxeno, prednisona, sulfassalazina, metotrexato, leflunomida, ciclosporina, adalimumabe, etanercepte, infliximabe, golimumabe, secuquinumabe, certolizumabe pegol e tofacitinibe indicados para o tratamento da artrite Psoríaca.

Os termos médicos foram explicados e todas as 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: - osriscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico - prednisona, 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); - ibuprofeno, 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); - ibuprofeno e naproxeno: medicamento classificado na gestação como categoria D quando utilizado no terceiro trimestre de gestação ou próximo ao parto (há evidências de risco ao feto, 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 do ibuprofeno: tontura, urticária na pele, reações de alergia, dor de estômago, náusea, má digestão, prisão de ventre, perda de apetite, vômitos, diarreia, gases, dor de cabeça, irritabilidade, zumbido, inchaço e retenção de líquidos; - efeitos adversos do naproxeno: dor abdominal, sede, constipação, diarreia, dispneia, náusea, estomatite, azia, sonolência, vertigens, enxaqueca, tontura, erupções cutâneas, prurido, sudorese, distúrbios auditivos e visuais, palpitações, edemas, dispepsia e púrpura; - 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, malestar, erupções cutâneas, falta de ar e coceira); - efeitos adversos da prednisona: alterações nos ossos e músculos: fraqueza, perda de massa muscular, osteoporose, além de ruptura do tendão, lesões de ossos longos e vértebras e piora dos sintomas de miastenia gravis; alterações hidroeletrólíticas: inchaço, aumento da pressão arterial; alterações no estômago e intestino: sangramento; alterações na pele: demora em cicatrizar machucados, suor em excesso, petéquias e equimoses, urticária e até dermatite alérgica; alterações no sistema nervoso: convulsões, tontura; dor de cabeça; alterações nas glândulas: irregularidades menstruais, manifestação de diabetes mellitus; alterações nos olhos: catarata, aumento da pressão dentro dos olhos; alterações psiquiátricas: alterações do humor; depressão e dificuldade para dormir; - 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, diabete mélico, 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; - 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 herpeszoster 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 zoster 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 zoster 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 tofacinibe 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 fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não Meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

() Ibuprofeno () Naproxeno () Prednisona () 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:	
<hr/> Assinatura do paciente ou responsável legal	
Nome do Médico:	CRM:
UF:	
<hr/> Assinatura e carimbo médico	
Data:	

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

NOTA 1: Deve-se verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

NOTA 2: A administração intra-articular de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.09.003-0 – Infiltração de substâncias em cavidade sinovial, da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Índice BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index) em escala de graduação numérica (EGN)
(VERSÃO PARA PORTUGUÊS) ^(50,51)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ CID: _____

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.

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

(

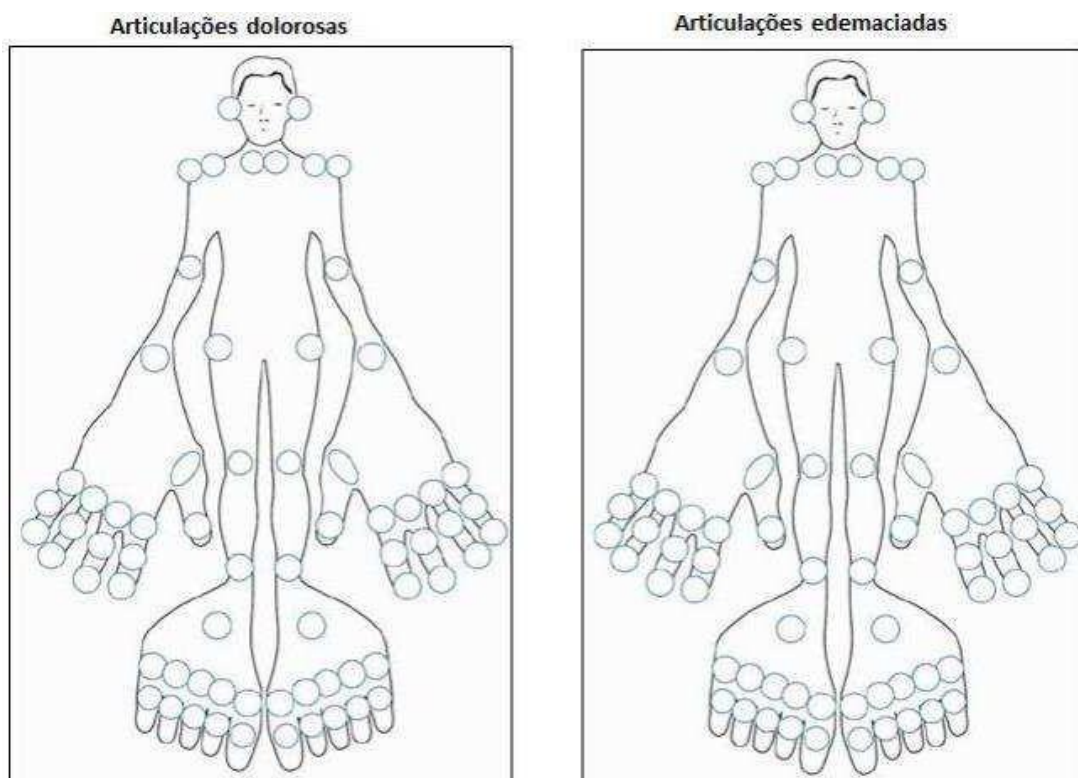
Resultado final: _____

Medico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score (DAPSA)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ 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 Muito ativa

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

Não tive Muito severa

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

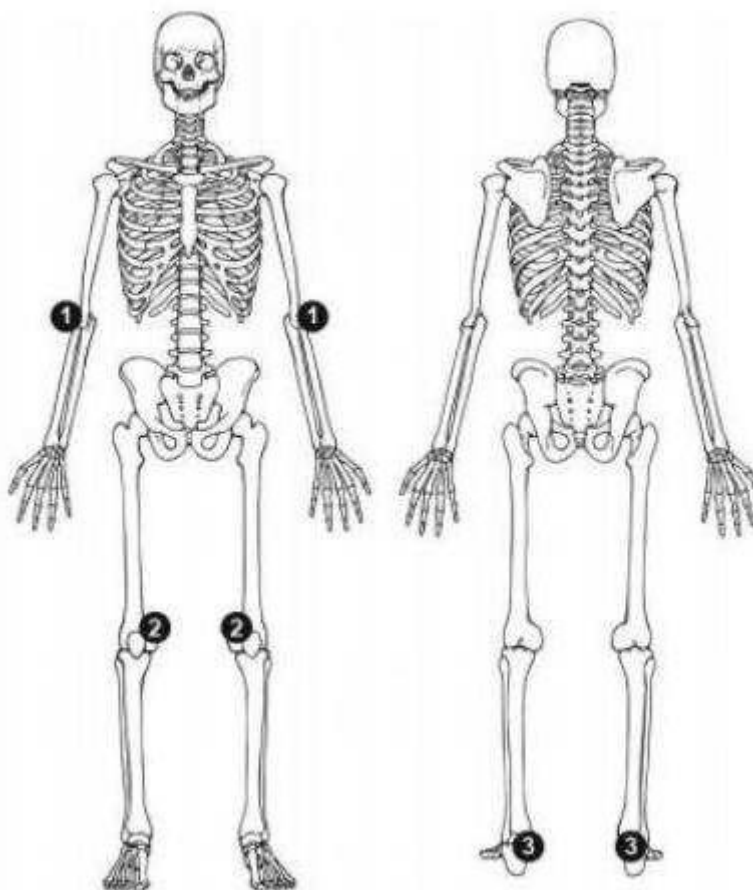
Resultado: _____

Medico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

Nome: _____

Idade: _____ Tempo de Diagnóstico: _____ 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: _____

Medico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 2*			
Nome Completo:			
Nº Doc. De Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			
REPRESENTANTE 3*			
Nome Completo:			
Nº Doc. de Identidade (RG):	UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:			
Parentesco:			
Logradouro:	Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:
Telefones para contato:			
Email:			

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: / /20 Assinatura do paciente: _____

Campo para digital