



Elaboração: 2017	Última revisão: 04/2025	Próxima revisão: 05/2027	Revisão: 6
ARTRITE PSORÍACA CID 10: M07.0, M07.2, M07.3 PORTARIA CONJUNTA Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021.			

Informações Gerais

Este guia contém orientações sobre os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), o qual está sendo fornecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao seguir as instruções aqui apresentadas, você aumentará suas chances de obter benefícios eficazes com o tratamento.

Medicamentos CEAF**Medicamentos DMARDS não Biológicos - Sintéticos**

Leflunomida 20 mg, comprimido;
Metotrexato: comprimidos de 2,5 mg; solução injetável (frasco com 2 mL);
Sulfassalazina 500mg, comprimido.

Medicamentos imunossupressores

Ciclosporina: cápsulas 25, 50 e 100mg; 100mg/ml, solução oral.

Medicamentos DMARDS JAK

Tofacitinibe: comprimido de 5mg

Medicamentos DMARDS Biológicos

Adalimumabe: solução injetável de 40 mg;
Certolizumabe pegol: solução injetável 200 mg/mL;
Etanercepte: solução injetável de 25 e 50 mg;
*Infliximabe: pó para solução injetável de 100 mg/10 mL;
Golimumabe: solução injetável de 50 mg;
Secuquinumabe: : solução injetável com 150mg/ml.

AINES

Naproxeno 500mg, comprimido.

***medicamentos administrados por infusão**

Documentos Pessoais a serem apresentados (originais e cópias)

- () 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 (originais e cópias)**✓ Solicitação inicial**

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (No campo "Anamnese", deve ser preenchida a história clínica do(a) paciente. Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para incluir as informações);
- () **Receituário médico comum**, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento;
- () **Laudo médico para tratamento de artrite psoríaca**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios e CASPAR (ANEXO);
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

✓ Renovação a cada 6 (seis) meses

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (Em qualquer alteração na terapêutica, as informações devem ser registradas no campo "Anamnese". Caso o espaço disponível seja insuficiente, utilize um laudo adicional para detalhamento);
- () **Receituário médico comum**, com posologia para até 6 (seis) meses de tratamento.
- () **Laudo médico**, necessário apenas em casos de alteração da prescrição, deve conter justificativa clínica para a alteração.

Para dispensação dos medicamentos (mensalmente)

- () Receituário de Controle Especial, conforme estabelecido na Portaria nº 344/1998, para medicamentos pertencentes à Lista C.
- () *Cópia do exame de Beta HCG realizado até 10 dias antes da dispensação dos medicamentos, ou comprovante de esterilização (para mulheres em idade fértil).;

*Este item é necessário apenas para pacientes do sexo feminino (cisgênero) com menos de 55 anos completos.

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
<p>Para todos:</p> <p>() Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);</p> <p>Paratodos, exceto NAPROXENO, também:</p> <p>() Cópia do exame de Fator Reumatóide (Látex) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do Laudo de Radiografia de articulação acometida OU outro exame de imagem – ultrassonografia OU ressonância magnética (não tem validade de prazo)</p> <p>() Cópia do Laudo de Radiografia simples de tórax OU Tomografia de tórax (laudo) (validade de até um ano);</p> <p>() Sorologias para Hbc, HCV e HBsAG (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p> <p>Para Os MMCDs Sintéticos (metotrexato e leflunomida)</p> <p>() 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:</p> <p>() Cópia do Laudo de PPD (mantoux) OU IGRA (validade de até um ano, quando positivo validade indeterminada);</p>	<p>Paratodos:</p> <p>() Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP) (Validade de 90 dias);</p> <p>() Cópia do exame de Hemograma completo (Validade de 90 dias);</p> <p>Apresentar à critério médico:</p> <p>() Laudo de Radiografias simples ou Ressonância Magnética () Velocidade de Hemossedimentação – VHS</p> <p>() 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. **Nomínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado pelo 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

- Aresposta 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 estejam esclarecidas nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com 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 acessar a Portaria integral, acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acessar as 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 dos dados concorda que seus dados serão usados pela Secretaria 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 PARA TRATAMENTO DE ARTRITE PSORÍACA

Nome: _____

Idade: _____TempodeDiagnóstico: _____ 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 de 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 radiografias simples de mãos ou pés ao RX (1 p.) <input type="checkbox"/> Distrofia ungueal Psoríaca 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 (VASp0 a 10 mm)	
4. Avaliação da doença pelo médico (VASm0 a 10 mm)	
VALOR TOTAL (1+2+3+4)	

ESQUEMA TERAPÊUTICO UTILIZADO 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"/> Sulfassalazina		
<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"/> Secukinumab		
<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 (validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> PPD (Mantoux) (validade até 1 ano)
<input type="checkbox"/> VS He/ou PCR (validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> HBsAg, Anti-HBs (validade até 1 ano)
<input type="checkbox"/> TGO (AST) (validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> Anti-HCV (validade até 1 ano)
<input type="checkbox"/> TGO (ALT) (validade 3 meses)	<input type="checkbox"/> Anti-HIV (validade até 1 ano)
<input type="checkbox"/> Creatinina (validade 3 meses)	
<input type="checkbox"/> RX de tórax OU tomografia de tórax: (validade de até 1 ano)	
<input type="checkbox"/> RX simples da articulação acometida OU Ultrasonografia OU Ressonância magnética (não tem prazo de validade)	

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

NÃO ☐ SIM ☐ Data: _____

Médocosolicitante:
(data, carimbo e assinatura)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

IBUPROFENO, NAPROXENO, PREDNISONA, CICLOSPORINA, SULFASSALAZINA, METOTREXATO, LEFLUNOMIDA, ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, INFlixIMABE, 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 Psoriásica.

Ostemos médicos foram explicados 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: - os riscos 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, mal-estar, 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, diabetes melito, 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 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 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: UF:	CRM:
<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).

Nome: _____

Idade: _____TempodeDiagnóstico: _____ CID: _____

1- Comovocêdescreveriaograudefadigaoucansaçoquevocêtemtido?

Nenhum Intenso

2- Comovocêdescreveriaograutotaldedornopesçoço,nascostasenoquadrilrelacionadaasuadoença?

Nenhum Intenso

3- Comovocêdescreveriaograutotaldedoreedema(inchaço)nasoutras articulaçõessemcontarcom
pesçoço, costas e quadril?

Nenhum Intenso

4- Comovocêdescreveriaograutotaldedesconfortoquevocêteveaotoqueouacompressãoem regiõesdo corpo
doloridas?

Nenhum Intenso

5- Comovocêdescreveriaaintensidadedarigidezmatinalquevocêtemtidoapartirdahoraem quevocê acorda?

Nenhum Intenso

6- Quantotempodurasuarigidezmatinalapartirdomomentoem quevocêacorda?0h1h2hmais

Nenhum Intenso

0h

1h

2h

BASDAI:somadosvaloresdasquestões1,2,3,4eamédiadosvaloresda5e6dividindoestetotalpor5.

Q1+Q2 +Q3+Q4

Q5+Q6

2

5

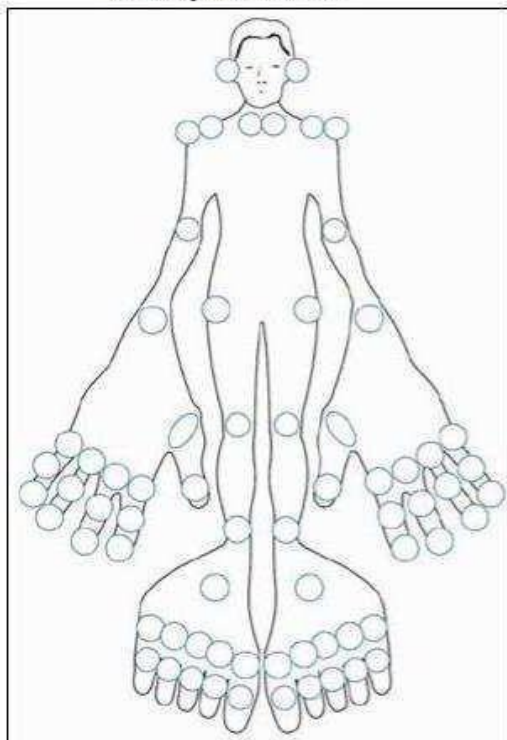
Resultadofinal: _____

Medicosolicitante:
(data,carimboeassinatura)

Nome: _____

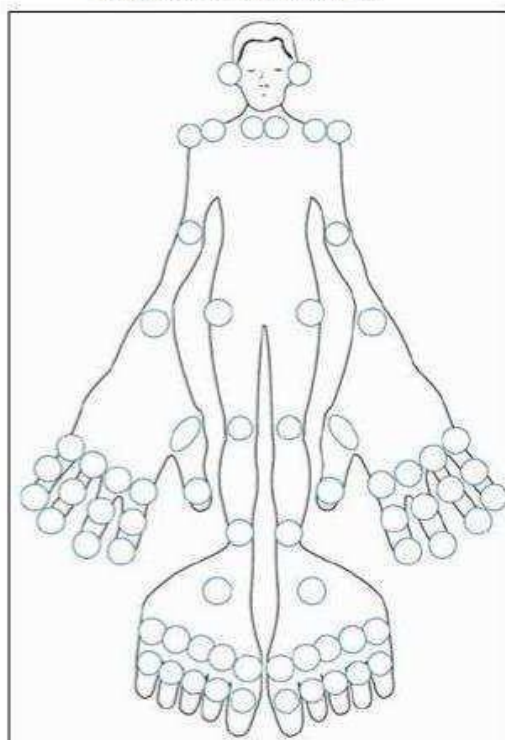
Idade: _____TempodeDiagnóstico: _____ CID: _____

Articulações dolorosas



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

Articulações edemaciadas



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

*Tradução literal para português validada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia

3. Nível de PCR: _____ (mg/dL)

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

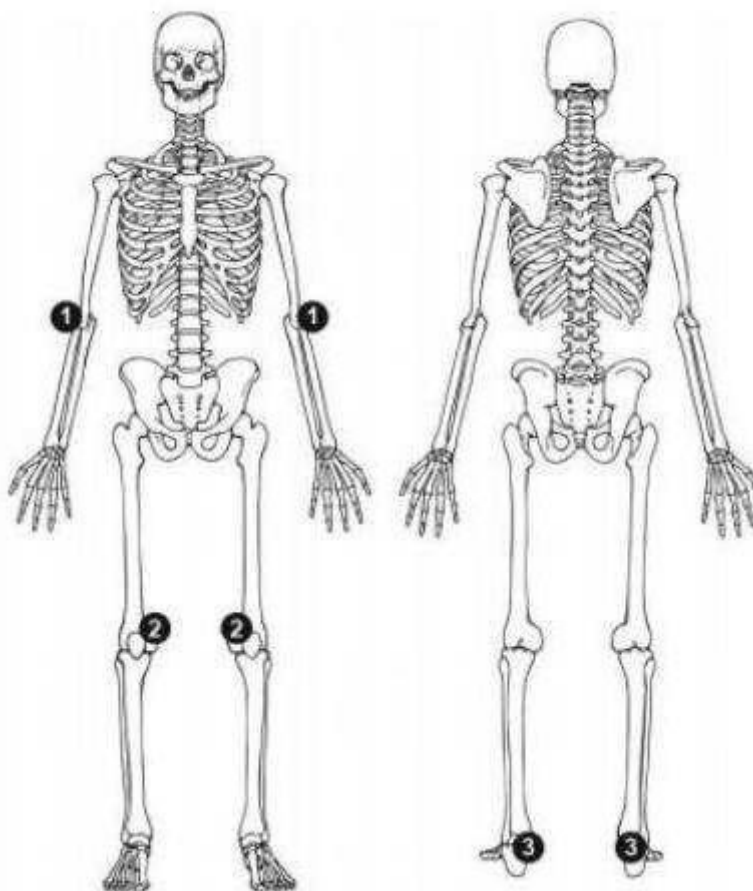
Resultado: _____

Medico solicitante:
(data, carimbo e assinatura)

Nome: _____

Idade: _____TempodeDiagnóstico: _____CID: _____

Leeds Enthesitis Index (LEI)



1. Epicôndilolateralesquerdoedireito.
2. Cômtilofemoralmedial,esquerdoedireito.
3. InserçãodotendãodeAquiles,esquerdoedireito.

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)

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?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

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

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

20- Telefone(s) para contato do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

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