



CAPESESP

# Solicitação de DMARDs Biológicos

## Identificação do Paciente e do Médico Assistente

Nome completo do Paciente				Matrícula	
Sexo	Idade	Data de Nascimento	Raça		Tel. contato
Endereço residencial				Bairro	
Médico solicitante					
Especialidade		Tel. contato		E-mail	

## Dados da patologia

Indicação clínica	<input type="checkbox"/> Artrite Reumatóide	<input type="checkbox"/> Espondilite Anquilosante	<input type="checkbox"/> Doença de Crohn	
	<input type="checkbox"/> Psoríase cutânea	<input type="checkbox"/> Psoríase articular	Outras: _____	
Tempo de evolução	<input type="checkbox"/> < 6 meses	<input type="checkbox"/> > 6 meses < 2 anos	<input type="checkbox"/> > 2 anos < 5 anos	<input type="checkbox"/> > 5 anos

Relato detalhado do caso clínico

## Tratamentos prévios

Droga	Dose	Tempo de utilização

Tratamento proposto:

Droga	Dose	Protocolo	Peso e altura (obrigatório)

## Contraindicações

Infecção aguda     ICC NYHA III/IV     Doença desmielinizante     Gestação/amamentação

Screening para Tuberculose:  
PPD: \_\_\_\_\_    RX Tórax: \_\_\_\_\_

## Dados de atividade da doença

**Tratamento Associado**

**Droga**

**Dose**

**Índice de Atividade**

*(dados necessários para análise; favor preencher da forma mais completa possível)*

Clínico-laboratoriais: ART. DOL: \_\_\_\_\_ ART. EDE: \_\_\_\_\_ VHS: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_

Ar ou Psoríase: DAS 28: \_\_\_\_\_ DAS: \_\_\_\_\_ CDAI: \_\_\_\_\_ SDAI: \_\_\_\_\_

Espondilite Anquilosante: BASDAI: \_\_\_\_\_ BASFI: \_\_\_\_\_

Psoríase: PASI: \_\_\_\_\_ PGA: \_\_\_\_\_

Doença de Crohn: CDAI: \_\_\_\_\_

Qualidade de vida: HAQ: \_\_\_\_\_ SF36: \_\_\_\_\_ IBDQ: \_\_\_\_\_

Outros (em caso de outras doenças, especificar como deve acompanhar):

**Avaliação da resposta:**

*(Caso a opção terapêutica seja pela continuidade da droga, preencha abaixo o critério escolhido)*

ACR: N \_\_\_\_\_

EULAR: \_\_\_\_\_

SDAI/CDAI: \_\_\_\_\_

CRITÉRIO RESPOSTAS ASAS: \_\_\_\_\_

PASI: \_\_\_\_\_ PGA: \_\_\_\_\_

CDAI: \_\_\_\_\_

CRITÉRIO DE REMISSÃO Qual: \_\_\_\_\_ Data início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INTERRUPÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  refratariedade  gestação  
 efeitos adversos Quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Solicitante

**Reservado à CAPESEP**

DEFERIDO  INDEFERIDO

Observação:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Auditor