

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL SES/DF
RELATÓRIO MÉDICO DE ARTRITE REUMATÓIDE
PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2017

O (a) Sr. (a) _____ registro Nº _____
está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:

- 1- M05.0 Síndrome de Felty
- 1- M05.1 Doença reumatoide do pulmão
- 1- M05.2 Vasculite reumatoide
- 1- M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
- 1- M05.8 Outras artrites reumatóides soro-positivas
- 1- M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa
- 1- M06.8 Outras artrites reumatóides especificadas
- 1- M08.0 Artrite reumatoide juvenil

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos

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 metatarseanas e punhos): **2 pontos**
- 4 a 10 articulações pequenas** (metacarpeanas, interfalângicas proximais, 2ª a 5ª metatarseanas 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 inflamadas e um dos índices de atividade pontuando:

DAS28 / resultado: _____

CDAI / resultado: _____

SDAI / resultado: _____

Necessita de tratamento específico para controle de sua doença, com uso por tempo indeterminado dos medicamentos abaixo assinalados em forma de mono ou terapia combinada:

- Hidroxicloroquina 400mg- 400mg/dia.
- Sulfasalazina 500mg - 500mg -3g /dia.
- Metotrexate 2,5mg- 10 até 25 mg/semanal.
- Leflunomide 20mg- 20mg ao dia ou em dias alternados.
- Ciclosporina 10,25,50 e 100mg – de 2,5mg – 4 mg/kg/dia.
- Azatioprina 50mg- 1mg – 2,5mg/kg/dia.
- Infliximabe frasco/ampola de 100mg/ml– 3mg/kg administrados via intravenosa, seguido da mesma dose (3mg/kg) na semanas 0, 2, 6 e após a cada 8 em 8 semanas.
- Adalimumabe seringa 40mg – 01 seringa de 40mg para uso subcutâneo 2 vezes por mês.
- Etanercepte seringas 50mg ou frasco/ampola de 25mg e 50mg – 01 frasco/ampola ou seringa de 50mg subcutâneo uma vez por semana.
- Certolizumabe pegol: seringas preenchidas de 200 mg iniciados com 400 mg, subcutâneo, nas semanas 0, 2 e 4; depois, manter com 200 mg duas vezes por mês ou 400mg a cada mês
- Golimumabe: seringas preenchidas de 50 mg subcutâneo/mensal
- Abatacepte: frascos-ampola de 250 mg iniciados com 500mg, intravenoso, nos pacientes com menos de 60Kg, iniciados com 750 mg nos pacientes com 60-100Kg ou iniciados com 1.000 mg naqueles com mais de 100 Kg, nas semanas 0, 2 e 4 e, depois, manter com a mesma dose a cada mês
- Abatacepte: frascos-ampola de 125 mg 01 frasco/ampola ou seringa de 125 mg subcutâneo uma vez por semana.
- Tocilizumabe: frascos-ampola de 80 mg iniciado e manter com 8 mg/Kg/dose (dose máxima: 800 mg), intravenoso, a cada mês.
- Rituximabe: frascos-ampola de 500 mg iniciados com 1.000 mg, intravenoso, nos dias 0 e 14 e, depois, manter com 1.000 mg, intravenoso, nos dias 0 e 14, a cada seis ou mais meses
- Tofaticinibe 5 mg administrada duas vezes ao dia

Paciente não preenche nenhuma das contra-indicações absolutas para uso da terapêutica escolhida.

Tal medicação será usada conforme prescrição em anexo.

Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso (campo obrigatório) em anexo:

Exames subsidiários anexados:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> VHS. | <input type="checkbox"/> Hemograma completo. | ** <input type="checkbox"/> Teste de gravidez |
| <input type="checkbox"/> PCR. | <input type="checkbox"/> TGO e TGP | *** <input type="checkbox"/> Sorologia para hepatite B |
| <input type="checkbox"/> Fator reumatóide. | * <input type="checkbox"/> Rx de tórax. | *** <input type="checkbox"/> Sorologia para hepatite C |
| <input type="checkbox"/> Radiografias das mãos e punhos | * <input type="checkbox"/> PPD. | |

* **Em caso de uso de MMCD biológicos.**

** **Em caso de uso de Metotrexato e Leflunomida**

*** **Exceto para os antimaláricos**

Obs.: Consentimento informado – É obrigatório a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais de riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, o que deverá ser formalizado por meio de assinatura de Termo de Consentimento Informado

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____ CRM/DF: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ E-MAIL: _____

INSTITUIÇÃO: _____ ENDEREÇO: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo