

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 reumatoides soro-positivas
- 1- M06.0 Artrite reumatoide soro-negativa
- 1- M06.8 Outras artrites reumatoides 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 **inchadas** _____; **dolorosas** _____ 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
- Baricitinibe: 4 mg, 1x/dia. Redução de dose para 2 mg/dia para pacientes com idade acima de 75 anos, com insuficiência renal ou em pacientes com controle prolongado da atividade da doença e elegíveis para redução de dose.
- Naproxeno 500mg: 500 a 1.000 mg/dia, 2x/dia (usar a menor dose pelo menor tempo possível).
- Upadacitinibe 15 Mg: 15 mg, 1x/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:

- VHS. Hemograma completo. ** () Teste de gravidez
- PCR. TGO e TGP *** () Sorologia para hepatite B
- Fator reumatóide. * () Rx de tórax. *** () Sorologia para hepatite C
- Radiografias das mãos e punhos * () 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: _____

INSTITUIÇÃO: _____ TELEFONE PARA CONTATO E/OU EMAIL: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo