|  |
| --- |
| **Dados do Beneficiário** |
| Nome do beneficiário       | Idade       |
| Dados do prestador solicitante       |
| **A) Artrite Reumatoide** |
| CDAI (Índice Clínico de Atividade da Doença)       ou       |
| SDAI (Índice Simplificado de Atividade da Doença)       ou       |
| DAS 28 (Índice de Atividade da Doença – 28 articulações)       |
| Fez uso de drogas modificadoras do curso da doença?[ ]  Sim [ ]  Não | Se sim, quais?      | Tempo de uso      |
| **B) Artrite Psoriásica** |
| Comprometimento periférico [ ]  Sim [ ]  Não |
| DAS 28 (Índice de Atividade da Doença - 28 articulações)       ou       |
| EVA (Escala Visual Analógica)       ou        |
| Presença de articulações dolorosas ou edemaciadas? [ ]  Sim [ ]  Não | Quantas?[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 ou + |
| Fez uso de drogas modificadoras do curso da doença? [ ]  Sim [ ]  Não | Se sim, quais?      | Tempo de uso      |
| Tem comprometimento axial? [ ]  Sim [ ]  Não | Se sim: BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante)       |
| Fez uso de drogas convencionais por pelo menos três meses? [ ]  Sim [ ]  Não  | Se sim, quais?      |
| Fez uso de AINHs? [ ]  Sim [ ]  Não | Se sim, quais?      | Tempo de uso      |
| **C) Dermatite Atópica**  |
| **Apresenta falha, intolerância ou contraindicação à ciclosporina** [ ]  Sim [ ]  Não |
| **Escore de Atividade da Dermatite Atópica – SCORAD**       |
| **Índice de Área e Gravidade do Eczema – EASI**       |
| **Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI**       |
| **D) Doença de Crohn** |
| IADC (Índice de Atividade da Doença de Crohn)       |
| IHD (Índice Harvey-Bradscaw)       |
| Fez uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras? [ ]  Sim [ ]  Não | Se sim, quais?      | Tempo de uso      |
| **E) Espondilite Anquilosante** |
| BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante)       |
| ASDAS (Escore de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante)       |
| Fez uso de tratamento convencional? [ ]  Sim [ ]  Não |
| Quais drogas utilizadas?      | Tempo de uso      |
| Tem comprometimento periférico? [ ]  Sim [ ]  Não  |
| Fez uso de Sulfassalazina? [ ]  Sim [ ]  Não  | Se sim, tempo de uso      |
| Fez uso de Metotrexato? [ ]  Sim [ ]  Não | Se sim, tempo de uso      |
| **F) Psoríase** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Já fez uso de fototerapia e o período       |
| Fez uso de drogas modificadoras do curso da doença? Se sim, quais?       |
| Fez uso de outro imunobiológico? Se sim, qual?       |
| PASI (índice de gravidade da psoríase por área)       |
| Superfície corporal acometida (percentual)       |
| Regiões acometidas       |
| Índice de Qualidade de vida em dermatologia (DLQI)       |
| **G) Colite/ Retocolite ulcerativa** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Escore completo de Mayo ou o escore endoscópico de Mayo       |
| Terapias já utilizadas e o tempo de uso       |
| **H) Hidradenite supurativa** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Estágio atual da patologia       |
| Informar terapias anteriores com antibióticos sistêmicos       |
| **I) Asma eosinofílica grave** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Informar sobre o uso de medicações anteriores e período de uso       |
| Informar a contagem de eosinófilos       |
| Número de exacerbações asmáticas que necessitaram uso de corticoide oral no último ano       |
| **J) Asma alérgica Grave** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Informar sobre o uso de medicações anteriores e período de uso       |
| Dosagem de IgE sérica total       |
| Informar se o teste cutâneo de puntura ou dosagem de IgE sérica específica apresentou evidência de sensibilização e a quais alérgenos       |
| **L) Urticária Crônica Espontânea** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Informar escore de atividade de urticária em 7 dias       |
| Informar anti-histamínicos já utilizados e por qual período       |
| Médico prescritor – especialidade       |
| **M) Uveíte não infecciosa ativa** |
| Imunobiológico Indicado       |
| Informar tratamento prévio e período de tratamento       |
| Informar se há contraindicação aos imunossupressores não corticoides e não biológicos       |
| Informar se foi feito diagnóstico de Doença de Behçet       |
| Informar se há suspeita clínica ou confirmação de infecção intraocular       |
| Informar se há suspeita clínica ou confirmação de infecção sistêmica em atividade ou com risco de reativação       |
| **N) Esclerose Múltipla** |
| Medicação Indicada       |
| Forma da Esclerose Múltipla[ ]  Esclerose múltipla recorrente-renitente[ ]  Esclerose múltipla primariamente progressiva[ ]  Esclerose múltipla secundariamente progressiva |
| Informar número de recidivas e período       |
| Informar laudo de ressonância recente e anterior       |
| Informar os critérios de Mc Donald de acordo com quadro abaixo

|  |
| --- |
| **Tabela 2. Critérios de Mc Donald 2017 para o diagnóstico da esclerose múltipla\*** |
| **Apresentação clínica** | **Dados adicionais necessários para o diagnóstico de esclerose múltipla** |
| Nº de surtos > 2 e evidências clínicas objetivas de 2 ou mais lesões ou evidência clínica objetiva de 1 lesão, com história de surto pregresso.  | Nenhum |
| Nº de surtos > 2 e evidência clínica objetiva de 1 lesão. | Disseminação no espaço demonstrada por um surto clínico adicional relacionado a uma topografia diferente no SNC ou demonstrada por ressonância magnética. |
| Nº de surtos igual a 1 e evidência clínica objetiva de 2 ou mais lesões. | Disseminação no tempo demonstrada por um surto clínico adicional ou por ressonância magnética ou pela presença de bandas oligocionais especificas no LCR. |
| Nº de surtos igual a 1 evidência clínica objetiva de 1 lesão. | Disseminação no espaço demostrada por um surto clínico adicional relacionado a uma topografia diferente no SNC ou demonstrada por ressonância magnética.EDisseminação no tempo demostrada por um surto clínico adicional ou por ressonância magnética ou pela presença de bandas especificas no LCR. |
| LCR = liquido ou fluido cérebro-espinhal |

[Informe os critérios de Mc Donald] |
| Informar patologias com acometimento sistêmico nos últimos seis meses       |
| Informar terapias já realizadas e período tratado       |
| Informar laudo de hemograma recente, especialmente contagem de neutrófilos e linfócitos       |
| **O) Artrite Idiopática Juvenil** |
| Informar o subtipo       |
| Informar as terapias já realizadas e período de tratamento       |
| **Assinatura** |
| **Carimbo e assinatura do médico** |      **Data** |