

# Solicitação de Imunobiológicos



## 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou +
---	--

Fez uso de drogas modificadoras do curso da doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	Tempo de uso
--	----------------	--------------

Tem comprometimento axial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim: BASDAI (Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante)
---	---

Fez uso de drogas convencionais por pelo menos três meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?
---	----------------

Fez uso de AINHS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	Tempo de uso
--	----------------	--------------

## C) Doença de Crohn

IADC (Índice de Atividade da Doença de Crohn)

IHD (Índice Harvey-Bradshaw)

Fez uso de drogas imunossupressoras ou imunomoduladoras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, quais?	Tempo de uso
---	----------------	--------------

## D) 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, tempo de uso
---	----------------------

Fez uso de Metotrexato? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, tempo de uso
--	----------------------

## E) Psoríase

Imunobiológico Indicado

Já fez uso de fototerapia e o período

Fez uso de drogas modificadoras do curso da doença? Se sim, quais?

# Solicitação de Imunobiológicos

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)

## F) Retocolite ulcerativa

Imunobiológico Indicado

Escore completo de Mayo ou o escore endoscópico de Mayo

Terapias já utilizadas e o tempo de uso

## G) Hidradenite supurativa

Imunobiológico Indicado

Estágio atual da patologia

Informar terapias anteriores com antibióticos sistêmicos

## H) 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

## I) 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

## J) 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

## L) 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

## M) Esclerose Múltipla

Medicação Indicada

Forma da Esclerose Múltipla

- Esclerose múltipla recorrente-remittente
- 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 progressivo.	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 oligoclonais específicas no LCR.
Nº de surtos igual a 1 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. E Disseminação no tempo demonstrada por um surto clínico adicional ou por ressonância magnética ou pela presença de bandas específicas no LCR.

LCR = líquido 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

## N) Artrite Idiopática Juvenil

Informar o subtipo

Informar as terapias já realizadas e período de tratamento

Assinatura

Carimbo e assinatura do médico	Data