| **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) 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 | | |
| **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?  ☐ Sim ☐ Não | Se sim, tempo de uso | | | | | | |
| Fez uso de Metotrexato?  ☐ Sim ☐ 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? | | | | | | | |
| 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-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.  E  Disseminação 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 | | | | | | | |
| **N) Artrite Idiopática Juvenil** | | | | | | | |
| Informar o subtipo | | | | | | | |
| Informar as terapias já realizadas e período de tratamento | | | | | | | |
| **Assinatura** | | | | | | | |
| **Carimbo e assinatura do médico** | | | **Data** | | | | |