

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		Idade
Cód. usuário Unimed	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso atual
Peso habitual	Altura	IMC

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome		CRM
Especialidade	Cooperado Unimed? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### 3. DADOS DA PATOLOGIA

1) Indicação Clínica:

- ( ) Artrite Reumatóide ( ) Doença de Crohn  
( ) Espondilite Anquilosante ( ) Artrite Psoriásica

2) Início e Tempo de evolução da doença

---

---

3) Relato detalhado do caso clínico

---

---

---

---

---

---

4) Tratamentos prévios

DROGA	DOSE	TEMPO DE UTILIZAÇÃO

5) Motivo de suspensão do último tratamento

---

---

### 4. TRATAMENTO PROPOSTO

6) Droga	Dose
Protocolo	

7) Situações concomitantes

- ( ) Doença Desmielinizante ( ) Gestação/Amamentação ( ) Infecção Aguda ( ) ICC grau III/IV ( ) Nenhum

8) Triagem para Tuberculose

PPD: ( ) Até 5mm ( ) não reagente

RX de tórax: \_\_\_\_\_

### 5. DADOS DE ATIVIDADE DA DOENÇA

9) Exames bioquímicos  /  /

Ht Atual	Hb Atual	Leucócitos Atual
VHS Atual	PCR Atual	Fator Reumatóide
HBSAg Atual	AntiHBC Atual	AntiHBS Atual

10) Exames de imagem  /  /

---

---

---

11) Índice de atividade (preencher conforme patologia)

Artrite Reumatóide      DAS 28: \_\_\_\_\_ ou CDAI: \_\_\_\_\_ ou SDAI: \_\_\_\_\_  
Artrite Psoriásica      DAS 28: \_\_\_\_\_ ou BASDAI: \_\_\_\_\_  
Espondilite Anquilosante      BASDAI: \_\_\_\_\_ ou ASDAS: \_\_\_\_\_  
Doença de Crohn      CDAI: \_\_\_\_\_ ou DAS 28: \_\_\_\_\_ ou BASDAI: \_\_\_\_\_

12) Dados clínicos

Nº Artic. acometidas	Nº Artic. dolorosas	Nº Artic. Edemaciadas
----------------------	---------------------	-----------------------

Comprometimento  
( ) Axial ( ) Periférico ( ) Ambos

13) Dados Específicos da Doença de Crohn

Início dos sintomas
Localização
Estenosante
Perianal com fístula
Número de evacuações líquida/dia
Remissões: Clínica _____ Endoscópica _____ Histológica _____
Cirurgias/datas/achados
Colonoscopia inicial e atual

OBSERVAÇÃO: ANEXAR CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DMARD BIOLÓGICO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

