**( ) 1ª solicitação ( ) Continuidade de tratamento**

Solicitação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(princípio ativo, dose e posologia)

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Nome do paciente:

Carteira Unimed:

Sexo: ( ) masculino ; ( ) feminino Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Peso atual (Kg): Altura: IMC:

Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II – CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA**

Ano do diagnóstico da Espondilite anquilosante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de acompanhamento com o médico prescritor: \_\_\_\_\_\_\_ meses

Screening para Tuberculose: PPD: \_\_\_\_\_\_\_\_

Rx Tórax: anexar laudo se alterado

Contraindicações ao uso de imunobiológicos:

( ) ICC NYHA III/IV ( ) Infecção aguda ( ) Neoplasia < 10a

( ) Gestação / amamentação ( ) Doença desmielinizante

Marcar com um X no caso da presença de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Lombalgia que piora com o repouso |   | Positividade para o HLA-B27 |
|   | Alterações radiológicas das articulações sacroilíacas em Ferguson\* |   | Artrite periférica |
|   | Entesite |   | Dactilite |
|   | Artrite de coxofemurais |   | Uveíte anterior aguda |

\* Presença de alterações radiológicas das sacroilíacas Grau: \_\_\_ (de 1 a 4)

**III – ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA**

Índice de atividade da doença pelo **BASDAI** (a ser respondido pelo paciente, melhor 0; pior 10).

Coloque X na resposta que melhor caracteriza seu estado **semana passada**

|  |
| --- |
| 1. Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço ou cansaço que você tem tido? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ |
| 2. Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionado à sua doença? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ |
| 3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço), nas outras articulações sem contar o pescoço, costas e quadril? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ |
| 4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ |
| 5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora que você acorda? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ |
| 6. Quanto tempo dura a sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda? │ 0 │ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 (1h) │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │ 10 (≥2h) │ |

\* Cálculo do BASDAI: Soma dos valores das questões 1, 2, 3 e 4 mais a média dos valores das questões 5 e 6 dividindo-se o total por cinco.

Total BASDAI:

**IV – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Marcar com um X as drogas já utilizadas, o tempo de uso e a dose máxima prescrita.

**Anti-inflamatórios não esteroidas (AINE)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Princípio ativo** | **Dosagem****Prescrita** | **Tempo de uso** | **Suspensão tratamento** |
| **Início (mm/aaaa)** | **Fim (mm/aaaa)** | **Efeito adverso** | **Falência terapêutica** |
| Primeiro AINE |   |   |   |   |   |
| Segundo AINE |   |   |   |   |   |

**DMCD sintéticas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Princípio ativo** | **Dosagem****Prescrita** | **Tempo de uso** | **Suspensão tratamento** |
| **Início (mm/aaaa)** | **Fim (mm/aaaa)** | **Efeito adverso** | **Falência terapêutica** |
| Sulfasalazina (g/dia) |   |   |   |   |   |
| Metotrexato (mg/semana) |   |   |   |   |   |

**DMCD biológicas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Princípio ativo** | **Dosagem****Prescrita** | **Tempo de uso** | **Suspensão tratamento** |
| **Início (mm/aaaa)** | **Fim (mm/aaaa)** | **Efeito adverso** | **Falência terapêutica** |
| Infliximabe (mg/dose) |   |   |   |   |   |
| Etarnecepte (mg/semana) |   |   |   |   |   |
| Adalimumabe (mg/ 2 semanas) |   |   |   |   |   |

**OBSERVAÇÕES:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Médico assistente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_