**( ) 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 Artrite psoriásica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Acometimento axial |  | Lesões ungueais |
|  | Acometimento periférico\* |  | Fator reumatóide |
|  | Entesite |  | Dactilite |

\*Nº de articulações acometidas: \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osteopeniaperiarticular |  | Periostite |
|  | Erosões ósseas |  | Osteólise falanges terminais |
|  | Neoformação óssea |  | Anquilose |
|  | Formação óssea na topografia das enteses |  | Sindesmófitos |
|  | Sacroiliíte |  |  |

**III – ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA**

Índice de atividade da doença pelo BASDAI (a ser respondido pelo paciente, melhor 0; pior 10) – preencher se acometimento axial

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:

Índice de atividade da doença pelo DAS 28 (preencher se acometimento periférico).

Avaliar bilateralmente 28 articulações: ombros, cotovelos, punhos, joelhos, metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais.

|  |  |
| --- | --- |
| Número de articulações dolorosas (NAD) |  |
| Número de articulações edemaciadas (NAE) |  |
| Avaliação do paciente sobre a sua doença através de escala visual analógica (de 0 a 10) (SP) |  |
| Valor do VHS em mm/h (VHS) |  |
| Valor do PCR em mg/dl X 10 (PCR) |  |
| Cálculo do DAS 28 (VHS)\* |  |
| Cálculo do DAS 28 (PCR)\*\* |  |

Calculadora Score DAS28

[www.das-score.ul/dasculators.html](http://www.das-score.ul/dasculators.html)

**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) |  |  |  |  |  |
| Leflunomida (mg/dia) |  |  |  |  |  |
| Ciclosporina (mg/dia) |  |  |  |  |  |
| Azatioprina (mg/dia) |  |  |  |  |  |

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_