**( ) 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 Doença de Crohn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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:

Complicações associadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Fístula |  | Acometimento perianal |
|  | Abscesso |  | Má absorção |
|  | Intervenção cirúrgica prévia |  | Estenose moderada/grave |

Manifestações extra-intestinais

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | artrite |  | trombose arterial |
|  | uveíte |  | trombose venosa |
|  | episclerite |  | deficiência de vitamina B12 |
|  | eritema nodoso |  | nefrolitíase |
|  | pioderma gangrenoso |  | amiloidose secundária |
|  | estomatite aftosa |  | osteoporose |
|  | colangiteesclerosante primária |  |  |

**III – ÍNDICE DE ATIVIDADE DA DOENÇA pelo IADC**

Multiplicar o valor da coluna 1 pelo da coluna 2, anotando o resultado na coluna subtotal.

Somar todos os subtotais para encontrar o valor total do IADC.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variável** | **Fator Multiplicador** | **Subtotal** |
| Média do número de evacuações líquidas ou pastosas por dia nos últimos 7 dias. | X 2 |  |
| Dor abdominal, em média nos últimos 7 dias (0-sem dor, 1-dor leve, 2-dor moderada, 3-dor acentuada). | X 5 |  |
| Sensação de bem-estar, média dos últimos 7 dias (0-bom, 1-um pouco abaixo da média, 3-ruim, 4-muito ruim, 5-terrível). | X 7 |  |
| Número de complicações  1- artrite ou artralgia  2- irite ou uveíte  3-eritema nodoso ou pioderma gangrenoso ou estomatite aftóide  4- fissura anal ou fístula ou abcesso peri-retal  5- febre acima de 37,8ºC | X 20 |  |
| Massa abdominal (0-não, 2-questionável, 5-definida). | X 10 |  |
| Hematócrito (homens: 47 menos Ht; mulheres: 42 menos Ht em %). | X 6 |  |
| Percentual acima ou abaixo do peso corporal habitual (1 menos [peso/peso habitual] x100 (o resultado deve ser somado ou diminuído ao restante de acordo com o sinal). | X 1 |  |
| **Total do IACD** |  |  |

**IV – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

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

**Corticóides**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Princípio ativo** | **Dosagem**  **Prescrita** | **Tempo de uso** | | **Suspensão tratamento** | |
| **Início (mm/aaaa)** | **Fim (mm/aaaa)** | **Efeito adverso** | **Falência terapêutica** |
| Prednisona (ou equivalente) |  |  |  |  |  |

**DMCD sintéticas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Princípio ativo** | **Dosagem**  **Prescrita** | **Tempo de uso** | | **Suspensão tratamento** | |
| **Início (mm/aaaa)** | **Fim (mm/aaaa)** | **Efeito adverso** | **Falência terapêutica** |
| Sulfasalazina (g/dia) |  |  |  |  |  |
| Mesalazina (mg/dia) |  |  |  |  |  |
| Azatioprina (mg/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) |  |  |  |  |  |
| Adalimumabe (mg/ 2 semanas) |  |  |  |  |  |

**OBSERVAÇÕES:**

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Médico assistente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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