



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE
Portaria SAS/MS nº 25 – 22/10/2018



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente _____
não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

- Tratamento prévio (**preenchimento obrigatório**):

AINEs () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

MMCD sintético(s) () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

MMCD biológico(s) () Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

- Articulações acometidas (**preenchimento obrigatório**):

- Avaliação da atividade da doença (**preenchimento obrigatório**): BASDAI _____ ou ASDAS _____

- Critérios de inclusão (**preenchimento obrigatório**):

PACIENTES COM ATÉ 45 ANOS:

() Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses.

() Sacroileíte em exames de imagem (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**) e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite. **Relatar** a(s) característica(s) de espondiloartrite (**ANEXAR EXAME comprobatório** quando o diagnóstico da(s) característica(s) relatada(s) exige exame ou **relato médico**): _____

() Antígeno HLA-B27 (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**) e 2 ou mais características de espondiloartrite. **Relatar** a(s) característica(s) de espondiloartrite (**ANEXAR EXAME comprobatório** quando o diagnóstico das características relatadas exige exame ou **relato médico**): _____

PACIENTES COM MAIS DE 45 ANOS:

() Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração.

() Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal.

() Expansão torácica inferior a 2,5 cm.

() Radiografia com detecção de sacroileíte bilateral graus 2 – 4 (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**).

() Radiografia com detecção de sacroileíte unilateral graus 3 ou 4 (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**).

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____

***Obs.: Para a solicitação de MMCD biológico para o tratamento de entesite anexar exame de imagem comprobatório (validade: 6 meses). Para os outros - validade: 12 meses.**

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data