



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

Portaria SAS/MS nº 25 - 22/10/2018 - Retificação MS/2019



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente*

não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

- **ARTICULAÇÕES ACOMETIDAS***: _____

- **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA***: BASDAI _____ ou ASDAS _____

TRATAMENTO PRÉVIO*

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:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO*

Critérios de Classificação ASAS para Espondiloartrites Axiais:

- () Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos.
- () 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**): _____

Critérios de Classificação Modificados de Nova Iorque para Espondilite Ancilosante:

- () Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração.
- () Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal.
- () Expansão torácica diminuída (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*