

Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso - ESPONDILoarTRITE (campo obrigatório):

Espndiloartrite axial

ou

Espndiloartrite Periférica

Primeiro AINE
(dose): _____

Segundo AINE
(dose): _____

() Falha a 2 AINEs com uso dos mesmos por 3 meses
ou () contra- indicação

Justificar: _____

Primeiro AINE
(dose): _____

Segundo AINE
(dose): _____

() Falha a 2 AINEs com uso dos mesmos por 3 meses
+
Falha persistente com infiltração intra-articular de
glicocorticoide
ou () contra- indicação

Justificar: _____

Troca para MMCD sintéticos

() Sulfassalazina () Metotrexato
(dose): _____

() Falha ao medicamento com uso do mesmo
por 6 meses ou () contra- indicação

Justificar: _____

1º MMCD biológico - anti TNF:

() adalimumabe () etanercepte () infliximabe () Golimumabe () Certolizumabe

() Falha aos anti-TNF após 6 meses de uso ou () contra- indicação: _____

2º MMCD Biológico - anti-TNF

() adalimumabe () etanercepte () infliximabe () Golimumabe () Certolizumabe

() Falha aos anti-TNF após 6 meses de uso ou () contra- indicação: _____

2º MMCD Biológico anti-IL17

() Secuquinumabe

() Falha após 6 meses ou () contra- indicação: _____

3º MMCD Biológico anti- TNF ou *anti-IL 17

() adalimumabe () etanercepte () infliximabe () Golimumabe () Certolizumabe () *Secuquinumabe

() Falha após 6 meses ou () contra- indicação: _____

4º MMCD Biológico anti- TNF ou *anti-IL 17

() adalimumabe () etanercepte () infliximabe () Golimumabe () Certolizumabe () *Secuquinumabe

() Falha após 6 meses ou () contra- indicação: _____

5º MMCD Biológico anti- TNF ou *anti-IL 17

() adalimumabe () etanercepte () infliximabe () Golimumabe () Certolizumabe () *Secuquinumabe

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo