

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
RELATÓRIO MÉDICO DE ESPONDILOARTRITES
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – de acordo com a PORTARIA
CONJUNTA SAS/SCTIE/MS Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018

O (a) Sr. (a) _____
registro está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:
() M45 Espondilite ancilosante
() M46.8 Outras espondilopatias inflamatórias especificadas

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos e foi diagnosticado com base nos critérios do ASAS para Espondiloartrites Axiais, periféricas ou Critérios de Classificação Modificados de Nova Iorque para Espondilite Ancilosante

- Paciente com até 45 anos de idade deverá apresentar o critério “a” e um dos critérios “b” ou “c”
- Paciente com > 45 anos, deverá apresentar um dos critérios “a”, “d” ou “e” e um dos critérios radiológicos “f” ou “g”

- () a) Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45anos.
Artrite periférica, entesite ou dactilite
- () b) Sacroiliíte em exames de imagem* e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite.**
lombalgia inflamatória, artrite, entesite, uveíte, dactilite, psoríase, doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, boa resposta a anti-inflamatórios não esteroidais (em 24-48 horas de máxima dose tolerada), história familiar de espondiloartrite, HLA-B27, proteína C reativa elevada.
- () c) HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite.**
lombalgia inflamatória, artrite, entesite, uveíte, dactilite, psoríase, doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, boa resposta a anti-inflamatórios não esteroidais (em 24-48 horas de máxima dose tolerada), história familiar de espondiloartrite, HLA-B27, proteína C reativa elevada.
- () d) Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital (por exemplo, média da variação bilateral dedo-chão** inferior a 10 cm) e frontal (por exemplo, teste de Schober*** inferior a 5 cm).
- () e) Expansão torácica diminuída**** (inferior a 2,5 cm).
- () f) Radiografia com detecção de sacroiliíte bilateral graus 2-4.*****
- () g) Radiografia com detecção de sacroiliíte unilateral graus 3 ou 4.

A doença está persistente e em atividade, com contagem de _____ articulações inflamadas e/ou _____ entesites e/ou _____ dactilites. Apresentando **BASDAI:** _____ e/ou **ASDAS:** _____.

Critérios de Falha:

*** Falha: BSADAI > 4 e dor na coluna com Escala visual > 4 (0-10) e/ou ASDAS ≥ 2,1 com uso do medicamento de forma isolada ou em associação com AINEs ou MMCD-sintéticos por 6 meses**

Necessita de tratamento específico para controle de sua doença, com uso por tempo indeterminado dos medicamentos abaixo assinalados em forma de mono ou terapia combinada:

- () Naproxeno 250mg e 500mg- 500 mg/dia a 1.500 mg/dia, por via oral, divididos em até 3 administrações (8/8 horas).
- () Sulfasalazina 500mg - 500mg -3g /dia.
- () Metotrexate 2,5mg- 10 até 25 mg/semanal.
- () Adalimumabe seringa 40mg – 01 seringa de 40mg para uso subcutâneo 2 vezes por mês.
- () Etanercepte seringas 50mg ou frasco/ampola de 25mg e 50mg – 01 frasco/ampola ou seringa de 50mg subcutâneo uma vez por semana.
- () Infliximabe frasco/ampola de 100mg/ml– 5mg/kg administrados via intravenosa, seguido da mesma dose nas semanas 0, 2, 6 e após a cada 8 em 8 semanas.
- () Golimumabe: 50mg, por via subcutânea, uma vez/ mês. Aprovado apenas para pacientes adultos.
- () Certolizumabe pegol: dose de indução de 400 mg (duas aplicações de 200 mg nas semanas 0, 2 e 4). Após, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos.
- () Secuquinumabe: A dose de indução é 150 mg por injeção subcutânea com administração inicial nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida por administração de manutenção uma vez a cada 4 semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos.

Paciente não preenche nenhuma das contra-indicações absolutas para uso da terapêutica escolhida.

Tal medicação será usada conforme prescrição em anexo.

Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso em anexo:

Exames subsidiários anexados:

- () Hemograma completo^{a, b}
- () TGO e TGP^b
- () Sorologia para hepatite B (HBsAg, anti HBc total, anti HBs)^{a, b} () VHS
- () Sorologia para hepatite C (HVC)^{a, b} () PCR
- () Teste de gravidez^c
- () PPD^a
- () Rx de tórax^a
- () Radiografias de sacroilíacas^d
- () RM de sacroilíacas
- () HLA B27

^{a)} Em caso de uso de MMCD biológicos.

^{b)} Em caso de uso de Metotrexato e Sulfassalazina

^{c)} Em caso de uso de Metotrexato

^{d)} Pacientes acima de 45 anos

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____

CRM/DF: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo