



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

JUSTIFICATIVA PARA OPÇÃO TERAPÊUTICA E TEMPO DE USO – ARTRITE PSORIÁSICA (CAMPO OBRIGATÓRIO):

Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Espondiloartrite axial

Espondiloartrite Periférica

Dactilite

Entesite

Primeiro AINE
(dose): _____

Segundo AINE
(dose): _____

*Falha a 2 AINEs com uso por 3 meses no total OU
 Contra- indicação

Justificar: _____

*Falha: BSADAI > 4 e dor na coluna com Escala visual > 4 (0-10) e/ou ASDAS ≥ 2,1 após 6 meses de uso de forma isolada ou combinada a AINEs ou MMCD-s

Primeiro AINE (dose): _____ + Segundo AINE (dose): _____

Falha a 2 AINEs ou glicocorticóides com uso dos mesmos por 3 meses no total ou contra- indicação

Troca para MMCD sintéticos

Sulfassalazina Metotrexato
 Ciclosporina Leflunomida

(dose): _____

**Falha : ≥ 1 articulações inflamadas, entesite ou dactilite ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA com o medicamento de forma isolada ou em associação por 6 meses ou Contra- indicação

Justificar: _____

Troca para MMCD sintéticos

Sulfassalazina Metotrexato
 Ciclosporina Leflunomida

(dose): _____

**Falha : ≥ 1 articulações inflamadas, entesite ou dactilite ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA com o medicamento de forma isolada ou em associação por 6 meses ou Contra- indicação

Justificar: _____

Troca para MMCD sintéticos

Sulfassalazina Metotrexato
 Ciclosporina Leflunomida

(dose): _____

**Falha : ≥ 1 articulações inflamadas, entesite ou dactilite ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA com o medicamento de forma isolada ou em associação por 6 meses ou Contra- indicação

Justificar: _____

• 1º MMCD biológico anti-TNF: Adalimumabe Etanercepte Infliximabe Golimumabe
 Falha * ou ** ao anti-TNF após 3 meses de uso de forma isolada ou combinada ou Contra- indicação

• 2º MMCD biológico: anti-TNF ou *anti-IL17: Adalimumabe Etanercepte Infliximabe Golimumabe Certolizumabe *Secuquinumabe (psoríase moderada ou grave)
 Falha * ou ** ao anti-TNF após 3 meses de uso de forma isolada ou combinada ou Contra- indicação
 Falha * ou ** aos anti-TNF ou ao anti-IL-17 após 6 meses de uso de forma isolada ou combinada ou Contra- indicação

• 3º MMCD biológico: anti-TNF ou ao *anti-IL17: Adalimumabe Etanercepte Infliximabe Golimumabe Certolizumabe *Secuquinumabe
 Falha * ou ** aos anti-TNF ou ao anti-IL-17 após 6 meses de uso de forma isolada ou combinada ou Contra- indicação

• OUTRO 4º ESQUEMA, DESCREVER: _____

OBS: Caso o espaço seja insuficiente, as justificativas e descrições podem ser realizadas no verso desta página.

DATA: \ \ Assinatura do Médico Assistente e Carimbo: