



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

RELATÓRIO MÉDICO DE ARTRITE PSORIÁSICA
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Artrite Psoriásica
PORTARIA CONJUNTA Nº 16, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2020

O (a) Sr. (a) _____ está em
 acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:
 M07.0 Artropatia psoriásica interfalangiana distal
 M07.2 Espondilite psoriásica
 M07.3 Outras artropatias psoriáticas

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos e foi diagnosticado com base nos critérios de CASPAR assinalar abaixo:

CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS DO CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis):

- Evidência de doença inflamatória articular Periférica Axial Entesítica
E
 Três ou mais pontos das categorias apresentadas no **Quadro – Pontuação:** _____

	Categoria	Pontuação
<input type="checkbox"/>	Psoríase atual	2
<input type="checkbox"/>	História pessoal de psoríase	1
<input type="checkbox"/>	História familiar de psoríase	1
<input type="checkbox"/>	Distrofia ungueal psoriásica típica (onocólise, <i>pitting</i> ou hiperqueratose ungueal)	1
<input type="checkbox"/>	Fator reumatoide negativo	1
<input type="checkbox"/>	História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)	1
<input type="checkbox"/>	Formação óssea justa-articular à radiografia simples	1

*Adaptado de Taylor W. et al., 2006

A doença está persistente e em atividade, com contagem de _____ articulações dolorosas, _____ articulações inflamadas, _____ entesite e/ou _____ dactilite. Apresentando **BASDAI:** _____ e/ou **ASDAS:** _____ e /ou **DAPSA:** _____ ou não atingir **5 dos 7 critérios do MDA*** ().

***Minimal Disease Activity (MDA):** Os pacientes são considerados com atividade mínima da doença quando satisfazem 5 dos seguintes 7 critérios.

Critério	Ponto de corte	Preencheu critério?
Escala de Dor por VAS, escala 0 a 100	< 15	Sim () Não ()
Avaliação global da atividade da doença por VAS, 0 a 100	< 20	Sim () Não ()
HAQ, 0-3	≤ 0,5	Sim () Não ()
Contagem de articulações dolorosas	≤ 1	Sim () Não ()
Contagem de articulações edemaciadas	≤ 1	Sim () Não ()
PASI, 0–72 OU área de superfície corporal envolvida, 0 a 100%	≤ 1 OU ≤ 3%	Sim () Não ()
Entesite	≤ 1	Sim () Não ()

VAS: escala analógica visual; HAQ: Questionário de Avaliação de Saúde; PASI: Área de Psoríase e Índice de Gravidade *Tradução literal para o português validada pela Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Critérios de Falha:

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

**Falha: \geq 1 articulações inflamadas ou não atingir 5 dos 7 critérios do MDA com uso do medicamento de forma isolada ou em associação 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.
- Ciclosporina: cápsulas de 10, 25, 50 e 100 mg; solução oral 100 mg/mL em frasco de 50 mL.
- Leflunomida: comprimidos de 20 mg.
- 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: 50 mg, por via subcutânea, uma vez/mês. Aprovado apenas para pacientes adultos.
- Certolizumabe pegol: 400 mg (duas injeções de 200 mg cada), por via subcutânea, nas semanas 0, 2 e 4; posteriormente, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas. Apenas para pacientes adultos.
- Secuquinumabe: 150mg/ml, por via subcutânea, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4; posteriormente, uma vez a cada 4 semanas. Com base na resposta terapêutica, a dose pode ser aumentada para 300 mg, se necessário. Para pacientes com artrite psoriaca e psoríase em placas moderada a grave concomitantes ou que são maus respondedores a anti-TNF α , a dose é de 300 mg, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4; posteriormente, uma vez a cada quatro semanas. Cada dose de 300 mg é administrada em duas injeções subcutâneas de 150 mg. 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:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma completo ^b | <input type="checkbox"/> Teste de gravidez ^{b,c} | <input type="checkbox"/> Radiografias de sacroilíacas |
| <input type="checkbox"/> TGO e TGP ^{b, c, d} | <input type="checkbox"/> PPD ^{a,b, c, e} | <input type="checkbox"/> RM de sacroilíacas |
| <input type="checkbox"/> Sorologia para hepatite B (HBsAg, anti HBc total, anti HBs) ^{a,b, c, e} | <input type="checkbox"/> VHS | <input type="checkbox"/> HLA B27 |
| <input type="checkbox"/> Sorologia hepatite C(HCV) ^{a, b, c, e} | <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> Creatinina ^{b, d} |
| | <input type="checkbox"/> Rx de tórax ^{a,b, c} | |

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

^{b)} Em caso de uso de Metotrexato, Leflunomida

^{c)} Em caso de uso de Sulfasalazina

^{d)} Em caso de uso de Naproxeno

^{e)} Em caso de uso de Ciclosporina

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____ CRM/DF: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ INSTITUIÇÃO: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo