



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 SEQUENCIAL PARA OPÇÃO TERAPÊUTICA SES/DF

Paciente: _____ **Data Nascimento:** ___/___/___

PRIMEIRA ETAPA (MMCD SINTÉTICOS)	FASE 1	Monoterapia com MTX ou outro MMCD (dose): _____ () Falha ao medicamento com uso do mesmo por 3 meses () contra- indicação Justificar: _____
	FASE 2	() Combinação de MMCD sintéticos (dose)dupla/tripla: _____ () Falha ao medicamento por 3 meses ou () contra- indicação/ reação adversa Justificar: _____
Primeira escolha de Biológico ou iJAK -		
SEGUNDA ETAPA* (MMCD BIOLÓGICOS e INIBIDOR DE JAK) <small>*Indicada na falha de pelo menos 2 esquemas da primeira etapa e/ou contra-indicação</small>	FASE 3	() MMCD biológico OU inibidor de JAK 1- _____ () Associado a MMCD sintético: _____ () Falha após 3-6 meses de uso () Contra-indicação/ reação adversa
	Trocas de biológicos ou iJAK	
TERCEIRA ETAPA (falha ou toxicidade a segunda etapa)	FASE 4	() Sequência de MMCD biológico OU inibidor de JAK 2- _____ () Falha; () Reação 3- _____ () Falha; () Reação 4- _____ () Falha; () Reação E/OU () Esp clinica, () Esp farmacologica, () Outra. Justificativa: _____ () Associado a MMCD sintético: _____

Carimbo e Assinatura Prescritor:

Data: