



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 (CAMPO OBRIGATÓRIO)

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

Espandiloartrite axial

ou

Espandiloartrite Periférica

Primeiro AINE
(dose): _____

Segundo AINE
(dose): _____

() Falha a 2 AINEs com uso dos mesmos por 3 meses no total; ou

() Contra- indicação

Justificar: _____

Primeiro AINE
(dose): _____

Segundo AINE
(dose): _____

() Falha a 2 AINEs com uso dos mesmos por 3 meses no total
+
Falha persistente com infiltração intra-articular de glicocorticóide; 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: _____



MMCD biológico

1^o anti TNF:
() Adalimumabe () Etanercepte () Infliximabe

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

2^o anti-TNF: _____

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

3^o anti-TNF: _____

Carimbo e Assinatura Prescritor:

Data: