



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 PADRONIZADO**  
**Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Espondilite Ancilosante**  
**PORTARIA CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

O (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_ Registro Nº \_\_\_\_\_  
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, entesite ou dactilite e apresentando **BASDAI**: \_\_\_\_\_. 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.

**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 (campo obrigatório) em anexo.**

**Exames subsidiários anexados:**

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

<sup>a</sup> Em caso de uso de MMCD biológicos. <sup>b</sup>Em caso de uso de Metotrexato e Sulfasalazina <sup>c</sup>Em caso de uso de Metotrexato

<sup>d</sup>Pacientes acima de 45 anos

**Obs.: Consentimento informado** – É obrigatório a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais de riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, o que deverá ser formalizado por meio de assinatura de Termo de Consentimento Informado

DADOS DO MÉDICO:

NOME: \_\_\_\_\_ CRM/DF: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_ TELEFONE PARA CONTATO E/OU E-MAIL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Médico Assistente e Carimbo**