



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
**ARTRITE PSORIÁSICA**

Portaria SAS/MS nº 09 - 21/05/2021



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ não apresenta critérios de exclusão e  
apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo:

- **ARTICULAÇÕES ACOMETIDAS\***: \_\_\_\_\_
- **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA\***: DAPSA (artrite periférica): \_\_\_ ASDAS (artrite axial): \_\_\_ LEI (entesite): \_\_\_
- **PACIENTES COM PSORÍASE MODERADA A GRAVE CONCOMITANTE\***: ( ) Não ( ) Sim

**TRATAMENTO PRÉVIO\***

- **AINEs**

( ) Não ( ) Sim. Relatar nome, dose e tempo: \_\_\_\_\_

- **MMCD SINTÉTICO(s)**

( ) Não ( ) Sim. Assinalar nome, relatar dose e tempo: \_\_\_\_\_

- **Monoterapia:**

( ) Metotrexato: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Sulfassalazina: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Leflunomida Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

- **Associações:**

( ) SSZ + LNM: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) MTX + SSZ: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) MTX + LNM: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

- **MMCDsae: TOFACITINIBE\***

( ) Não ( ) Sim. Relatar nome, dose e tempo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**- MMCD BIOLÓGICO(s)\***

( ) Não ( ) Sim. Relatar nome, dose e tempo:

---

---

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO\***

- ( ) Psoríase atual.
- ( ) História pessoal de psoríase.
- ( ) História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau)
- ( ) Distrofia ungueal psorásica típica (observada no exame físico atual)
- ( ) Fator reumatoide negativo (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**).
- ( ) História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)
- ( ) Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos e pés (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**).

- Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos:

---

---

**\*Obs.:** Para a solicitação de MMCD biológico para o tratamento de entesite ativa ou dactilite anexar exame de imagem comprobatório (validade: 6 meses). Para os outros - validade: 12 meses.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do (a) médico(a)\*

\_\_\_\_\_  
Data\*