



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
RETICOLITE ULCERATIVA

Portaria Conjunta MS/SAS nº 22 – 20/12/2021



Declaro, para fins de solicitação do medicamento objeto deste processo, que o (a) paciente _____ **NÃO apresenta Critérios de Exclusão, e apresenta os CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**, conforme o histórico do(a) paciente.

Assinale o medicamento solicitado e preencha as lacunas:

| 1* MEDICAMENTO SOLICITADO | Especificações Obrigatórias*: |
|--------------------------------------|--|
| Sulfassalazina* (CASOS ESPECIAIS) | () Em uso de Ácido Fólico _____ mg _____ vezes/ semana. |
| Mesalazina | |
| Azatioprina | |
| Ciclosporina* | 1ª Aferição de Pressão Arterial - Data: _____ Valor: _____ mm/Hg. 2ª Aferição de Pressão Arterial - Data: _____ Valor: _____ mm/Hg. |
| Infliximabe* (CASOS ESPECIAIS) | Prova de Mantoux (PPD) deverá ser negativa ou com área de endureção inferior a 5 mm . Data: _____ Resultado: _____ mm. |
| Vedolizumabe* | Prova de Mantoux (PPD) deverá ser negativa ou com área de endureção inferior a 5 mm . Data: _____ Resultado: _____ mm. |
| Tofacitinibe* | Prova de Mantoux (PPD) deverá ser negativa ou com área de endureção inferior a 5 mm . Data: _____ Resultado: _____ mm. |

| 2* ASSINALE qual característica apresenta a seguir para o diagnóstico de Retocolite Ulcerativa de acordo com apresentação clínica da doença : | CRITÉRIO DE INCLUSÃO |
|---|----------------------|
| a) Doença intestinal ativa (independente da extensão) - indução da remissão. | |
| b) Em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações na colonoscopia atual) - manutenção da remissão . | |

| 3* ASSINALE o resultado de avaliação da EXTENSÃO de comprometimento macroscópico na colonoscopia (<u>pelo menos</u> um dos indicadores de cada coluna): | Resultado ANTES do tratamento | Resultado ATUAL ou após 6 meses de tratamento |
|--|--------------------------------------|--|
| a) Proctite ou retite: com doença limitada ao reto. | | |
| b) Colite esquerda: quando afeta o cólon distalmente à flexura esplênica. | | |
| c) Pancolite: envolvimento de porções proximais à flexura esplênica. | | |

| 4* ASSINALE o resultado de avaliação GRAVIDADE DA AGUDIZAÇÃO, <u>pelo menos</u>, um dos indicadores de cada coluna: | Resultado ANTES do tratamento | Resultado ATUAL ou após 6 meses de tratamento |
|---|--------------------------------------|--|
| a) Leve: menos de 3 evacuações por dia, com ou sem sangue, sem comprometimento sistêmico e com velocidade de sedimentação globular normal. | | |
| b) Moderada: mais de 4 evacuações por dia com mínimo comprometimento sistêmico. | | |
| c) Grave: mais de 6 evacuações por dia com sangue e com evidência de comprometimentos sistêmicos (febre, taquicardia, anemia e velocidade de sedimentação globular acima de 30); casos com suspeita de megacólon tóxico. | | |

| 5* ASSINALE QUAL O (S) TRATAMENTO(S) PRÉVIO(S)* E OS RESULTADOS OBTIDOS: | Sim |
|--|------------|
| Corticosteroides | |
| Sulfassalazina e/ou Mesalazina (2ª etapa do tratamento sistêmico da 1ª linha; ou 1ª etapa da 1ª linha). | |
| Azatioprina (1ª etapa do tratamento sistêmico da 1ª linha). | |
| Ciclosporina (3ª etapa do tratamento sistêmico da 1ª linha). | |
| Infliximabe ou Vedolizumabe - tratamento de pacientes adultos com <u>RCU ativa moderada a grave</u> , refratária a corticosteroides e imunossupressores ((1ª etapa do tratamento sistêmico da 2ª linha). | |
| Apresentou resposta inadequada. | |
| Apresentou perda de resposta. | |
| Foi intolerante à terapia convencional ou infliximabe. | |

6 CASOS ESPECIAIS* - ASSINALE a opção que corresponde à situação do(a) paciente:

| | |
|-------------------------------|--|
| Pacientes PEDIÁTRICOS* | Infliximabe: 1ª escolha para pacientes com doença refratária a corticoide e sem resposta à azatioprina (APENAS MAIORES DE 6 ANOS DE IDADE). |
|-------------------------------|--|

