



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
ARTRITE REUMATOIDE

Portaria SAS/MS nº 16 - 03/09/2021



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o (a) paciente \_\_\_\_\_

**não** apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

- **ARTICULAÇÕES ACOMETIDAS\***:

- **AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA DOENÇA\***: DAS 28 \_\_\_\_\_ ou SDAI \_\_\_\_\_ ou CDAI \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO\***

- ( ) Rigidez matinal nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração.
- ( ) Artrite de 3 ou mais áreas.
- ( ) Artrite de mãos.
- ( ) Artrite simétrica.
- ( ) Nódulo reumatoide.
- ( ) Fator Reumatoide positivo ou Anti-CCP positivo (quando assinalado, **ANEXAR EXAME**).
- ( ) Alterações radiográficas.

- **Casos Especiais:**

- ( ) Doença reumatoide pulmonar
- ( ) Vasculite reumatoide

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

---

---

**TRATAMENTO PRÉVIO\***

- **AINEs**

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

**MMCDs (Sintéticos)\***

**- Monoterapia:**

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

( ) Hidroxicloroquina: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

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

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

**- Associações:**

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

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

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

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

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

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

**MMCDsae:**

( ) Tofacitinibe: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Baricitinibe: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Upadacitinibe: Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

**MMCDbio (Biológicos)\***

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

**MMCDbio – RITUXIMABE como primeira linha de tratamento\*:**

“O uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio anti-TNF, e também ao abatacepte e tocilizumabe, bem como aos MMCDsae.” Justificar.

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

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