



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Portaria SAS/MS nº 16 - 03/09/2021



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente

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

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO*

AIJ sistêmica:

- Artrite
- Febre >15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana
- Manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfodomegalia generalizada

AIJ oligoarticular:

- 1 a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença

AIJ poliarticular FR positivo:

- Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença
- Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses (ANEXAR EXAMES)

AIJ poliarticular FR negativo:

- Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações)
- Fator reumatoide negativo (ANEXAR EXAME)

Artrite psoriásica:

- Artrite e psoríase
- Artrite e 2 dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente de primeiro grau com psoríase

Artrite relacionada a Entesite:

- Artrite e entesite
- Artrite ou entesite + 2 dos seguintes: HLA B27 positivo (ANEXAR EXAME), dor lombo-sacra inflamatória ou dor a dígito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de primeiro grau com doença ligada ao HLA B27 (espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroiliíte, artrite reativa, uveíte anterior aguda)

Artrite indiferenciada:

- Paciente que não preenche critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos
- Paciente que preenche critérios para mais de um dos 6 subtipos

Descrição detalhada do quadro clínico:

TRATAMENTO (S)*

() Início de tratamento

() Tratamento (s) prévio (s): Especificar o medicamento, dose e tempo de uso:

- **AINEs:**

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

- **MMCD SINTÉTICO (s):**

() Não () Sim. Assinalar nome, relatar dose e tempo de uso:

() Metotrexato

Dose: _____ Tempo: _____

() Sulfassalazina

Dose: _____ Tempo: _____

() Leflunomida

Dose: _____ Tempo: _____

() Ciclosporina

Dose: _____ Tempo: _____

- **MMCD BIOLÓGICO (s):**

() Não () Sim. Relatar nome do medicamento, dose e tempo de uso:

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

Data*