

**Solicitação de Autorização de Medicamentos Imunobiológicos e DMADS**

**Endovenosos ou subcutâneos para Artrite Reumatóide ou Artrite Psoriásica ou Espondilite Anquilosante ou Doença de Crohn**

<b>Médico solicitante:</b>	<b>CRM:</b>
<b>Especialidade:</b>	

<b>Nome do usuário:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Carteira do usuário:</b>	<b>Sexo:</b>
Tempo de evolução da doença:	<b>Peso:</b>
<b>CID 10:</b>	<b>Altura:</b>
Tratamentos anteriores com datas das aplicações deste medicamento (ciclo):	
VSG/PCR (data):	
Vacinas: ( ) Influenza ( ) Pneumococo	
Número de articulações acometidas total:	
Espondilite Anquilosante: ( ) Axial ( ) Periférico	
Edemaciadas:	
Dolorosas:	
Escala visual de saúde geral do paciente:	
<b>Marcar índice utilizado: DAS 28 ( ) / CDAI ( ) / SDAI ( ) / BASDAI ( ) / ASDAS ( ) / IADC ( )</b>	
Fator reumatóide (data):	
Erosões (data exame):	
Escala Harvey – Bradshaw para Doença de Crohn (anexar Colonoscopia e AP):	
<b>Terapia proposta Imunobiológico e demais drogas:</b>	
<b>Dose e periodicidade do imunobiológico:</b>	

<b>Justificativa:</b>

**ATENÇÃO:** Anexar cópia do Consentimento Informado Imunobiológicos para a indicação do tratamento assinado pelo paciente na primeira solicitação e/ou troca do imunobiológico.  
 Mensalmente devem ser preenchidos os itens destacados e, a cada seis meses deverá ser preenchido o formulário completo e/ou na troca do imunobiológico.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

**Assinatura e CRM do Médico Solicitante**