

Solicitação de Autorização de Medicamentos Imunobiológicos e DMADS

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

Médico solicitante:	CRM:
Especialidade:	
Nome do usuário:	Idade:
Carteira do usuário:	Sexo:
Tempo de evolução da doença:	Peso:
CID 10:	Altura:
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:	
Marcar índice utilizado: DAS 28 () / CDAI () / SDAI () / BASDAI () / ASDAS () / IADC ()	
Fator reumatóide (data):	
Erosões (data exame):	
Escala Harvey – Bradshaw para Doença de Crohn (anexar Colonoscopia e AP):	
Terapia proposta Imunobiológico e demais drogas:	
Dose e periodicidade do imunobiológico:	

Justificativa:

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: ____ / ____ / ____

Conforme comunicado de 19 de setembro de 2019 sobre uso dos biossimilares e genéricos caso tenha algum impedimento, justificar.

Assinatura e CRM do Médico Solicitante