

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIÓLOGICOS

* Favor preencher todos os campos completamente e anexar ao pedido: **exames complementares pertinentes, breve relatório médico e prescrição médica.**

Médico solicitante:	CRM:	Especialidade:
---------------------	------	----------------

Nome do usuário:	Idade:	Data de nascimento:
------------------	--------	---------------------

Carteira do usuário:	Sexo:
----------------------	-------

Peso do paciente:	Altura:
-------------------	---------

Tratamento proposto (nome do medicamento):
--

Posologia:

Diagnóstico:	CID-10:
--------------	---------

Data do diagnóstico:

<input type="checkbox"/> Início do tratamento	<input type="checkbox"/> Manutenção do tratamento	<input type="checkbox"/> Troca de linha de tratamento
---	---	---

Justificativa técnica:

Tratamentos anteriores/tempo de uso:

Índice de Atividade da Doença: <i>preencher de acordo com a doença a ser tratada</i>
--

ASDAS _____ BASDAI _____ CDAI/SDAI _____ DAPSA _____ DAS 28 _____ DLQ _____ EASI _____ EDSS _____

EVA _____ IADC _____ IHB _____ LEI _____ MAYO _____ PASI _____ SCORAD _____ UAS7 _____
--

Exames necessários para confirmação diagnóstica: anexar de acordo com a doença a ser tratada e o medicamento prescrito
--

- Para **Asma alérgica grave**: espirometria, dosagem de IgE sérica total e IgE sérica específica; se **Asma eosinofílica grave**: contagem de eosinófilos
- Para **Doença de Crohn/retocolite ulcerativa**: encaminhar laudos: endoscópico, radiológico (radiografia de trânsito do delgado, TC enteral ou RM enteral), cirúrgico ou anátomo-patológico.
- Para **Esclerose múltipla**: laudo/relatório médico de Ressonância Magnética do encéfalo
- Para **Espondilite anquilisante**: HLA B27 (para pacientes <45 anos) ou laudo de imagem que evidencie sacroilíte
- Para **anti-TNF**: hemograma, transaminases (TGO/TGP), creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, exames sorológicos para hepatites B e C, HIV, radiografia de tórax e teste tuberculínico.
- Para **vedolizumabe**: transaminases (TGO/TGP), radiografia de tórax e teste tuberculínico.

Observações:

ATENÇÃO: Anexar cópia do Termo de Consentimento Informado para Imunobiológicos assinado pelo paciente na primeira solicitação e/ou troca do imunobiológico.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura e CRM do Médico solicitante

Cópia controlada
20/11/2023

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIOLOGICOS