	FORMULÁRIO			FOR
Círculo Saúde	**SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIÓLOGICOS**			**FOR-GOS-51**
	Data de Emissão: 18/10/2023	**Data da Revisão:** 19/10/2026	**Número da Revisão:** 02	**Página:** 1 de 1
APLICAÇÃO:	**CÍRCULO SAÚDE**			

Preencher todos os campos e anexar: **exames complementares pertinentes, breve relatório médico e prescrição.**

Médico solicitante:	**CRM:**	**Especialidade:**

Paciente:
Data de nascimento: **Idade:**
Carteira do plano: **Sexo:**
Peso do paciente: **Altura:**
Tratamento proposto (nome do medicamento):
Posologia:
Diagnóstico: **CID-10:**
Data do diagnóstico:
( ) Início do tratamento ( ) Manutenção do tratamento ( ) Troca de linha de tratamento
Justificativa técnica:
Tratamentos anteriores/tempo de uso:
Índice de Atividade da Doença: ***preencher de acordo com a doença a ser tratada***
ASDAS BASDAI CDAI/SDAI DAPSA DAS 28 DLQ ___ EASI ____ EDSS ____
EVA IADC IHB LEI MAYO PASI SCORAD UAS7 ____

Círculo Saúde	FORMULÁRIO			FOR
	SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS IMUNOBIÓLOGICOS			**FOR-GOS-51**
	Data de Emissão: 18/10/2023	**Data da Revisão:** 19/10/2026	**Número da Revisão:** 02	**Página:** 2 de 1
APLICAÇÃO:	**CÍRCULO SAÚDE**			

Exames necessários para confirmação diagnóstica: anexar de acordo com a doença a ser tratada e o medicamento prescrito
✓ Para **Asma alérgica grave**: prova de função pulmonar (espirometria); teste cutâneo de puntura e/ou dosagem de IgE sérica específica. ✓ Para **Asma eosinofílica grave**: prova de função pulmonar (espirometria); Hemograma completo dos últimos 12 meses que demonstre contagem de eosinófilos maior ou igual a 300 células/microlitro;
✓ **Para artrite reumatoide:** FR e/ou anti-CCP; Hemograma, transaminases (TGO/TGP), creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, exames sorológicos para hepatites B e C, anti HIV, VDRL; radiografia de tórax, teste tuberculínico ou IGRA.
✓ Para **Doença de Crohn/retocolite ulcerativa**: Laudo de colonoscopia e anatomopatológico; Hemograma, transaminases (TGO/TGP), creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, exames sorológicos para hepatites B e C, anti HIV, VDRL; radiografia de tórax, teste tuberculínico ou IGRA.
✓ Para **Esclerose múltipla:** Hemograma, transaminases (TGO/TGP), creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, exames sorológicos para hepatites B e C, anti HIV, VDRL; radiografia de tórax, teste tuberculínico ou IGRA. Anticorpo anti-VJC. Ressonância magnética de crânio, e, quando pertinente, de neuroeixo (coluna cervical, dorsal e lombossacral).
✓ **Para espondiloartrites:** HLA B27 e ressonância magnética atualizada de articulações sacroilíaca, coluna lombar, dorsal ou cervical; Hemograma, transaminases (TGO/TGP), creatinina, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, exames sorológicos para hepatites B e C, anti HIV, VDRL; radiografia de tórax, teste tuberculínico ou IGRA.
✓ **Para osteoporose:** Hemograma, dosagens séricas de cálcio, fósforo, albumina, creatinina, fosfatase alcalina, PTH, 25-hidroxivitamina D (25OHD) e dosagem de cálcio na urina de 24 horas; Densitometria óssea; Exames que comprovem o diagnóstico de fratura óssea, quando presentes; OBS: para ácido zoledrônico: endoscopia digestiva alta, raio-x contrastado de esôfago ou cintilografia esofágica quando a indicação de uso for contraindicação à via oral para bifosfonatos.
✓ **Para urticária crônica espontânea:** Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, T4 livre, TSH, FAN, VDRL, HBsAg, Anti HCV e Anti HIV.
✓ **Para dermatite atópica:** Hemograma, TGO, TGP, creatinina, anti HIV, HbsAg, anti HBS, anti HCV, VDRL, raio-x de tórax
Observações:
*Beta-HCG em mulheres com idade fértil para qualquer solicitação. ** Exames adicionais, especialmente de imagem de coluna e articulações poderão ser solicitados para melhor entendimento do caso pela equipe de consultoria médica.

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