Plano Terapêutico – ARTRITE PSORIÁSICA

Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações abaixo relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSERV, sobre o procedimento terapêutico indicado para nosso (a) beneficiário (a).

I - Identificação do Médico Assistente

1. Nome	2. CRM	3. Celular
4. Reumatologista? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Residência em Reumatologia ☐ Título de Especialista ABM/SBR		5. Telefone

1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.
2. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares.
3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.

II - Identificação do Paciente

1. Nome do Paciente	2. Telefone

III – Histórico da Doença

1. Critérios Diagnóstico (Vasey e Espinoza, 1990)
1.1 ☐ Psoríase Cutânea ou Ungueal;
1.2 ☐ Dor e edema articulares das IFD por mais de 4 semanas;
1.3 ☐ Dor na coluna e limitação de movimentos por mais de 4 semanas
1.4 ☐ Dor e edema assimétricos das artic. periféricas por mais de 4 semanas
1.5 ☐ Artrite perif. por mais de 4 semanas, na ausência de FR e de nódulos subcutâneos
1.6 ☐ Raio-X perif.: osteólise em ponta de lápis, erosão de falanges, periostite irregular e/ou anquilose óssea
1.7 ☐ Raio-X axial: sacroileíte bilateral de grau 2, ou unilateral de grau 3 ou 4
2. Data do Diagnóstico / /

IV – Atividade de Doença

1. Número de articulações com dor		Data: / /
2. Número de articulações com edema		Data: / /
3. Avaliação da doença pelo paciente (0-5)		Data: / /
4. Avaliação da doença pelo médico (0-5)		Data: / /

V – Histórico do Tratamento

Droga isolada	Posologia	Período
1.		Mês/Ano / a /
2.		Mês/Ano / a /
3.		Mês/Ano / a /

Associação de drogas	Posologia	Período
1. +	+	Mês/Ano / a /
2. +	+	Mês/Ano / a /

VI – Condições Clínicas Associadas

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
1. Gravidez, potencial para gravidez ou lactação?	☐	☐	4. Paciente com alto risco de infecção?	☐	☐
2. Infecção ativa?	☐	☐	5. História de Lupus ou Esclerose Múltipla?	☐	☐
3. Diagnóstico prévio de câncer ou sob suspeita?	☐	☐			

VII – Prescrição Médica de Agente Biológico

Medicamento:	Posologia:	Peso:

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: