

Plano Terapêutico – ARTRITE REUMATÓIDE

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. Data do Diagnóstico	2. Início do tratamento no serviço atual
3. Critérios Diagnóstico (ACR – 2002 – recomendados pela SBR – 2007)	
3.1 ☐ Rigidez matinal > 1 hora	
3.2 ☐ Artrite de mãos e punhos	
3.3 ☐ Nódulos reumatóides	
3.4 ☐ Artrite simétrica	
3.5 ☐ Fator reumatóide sérico (anexar laudo com título sérico de fator reumatóide)	
3.6 ☐ Alterações radiográficas em mãos e punhos (anexar laudo de radiografia bilateral)	
3.7 ☐ Artrite com edema ou derrame (indicar articulações acometidas):	

IV – Atividade de Doença

Índice Simplificado de Atividade de Doença – SDAI (Cons. Brasileiro, SBR, 2007)	Valor	Data da Observação
1. Número de articulações com dor:		
2. Número de articulações com edema:		
3. Proteína C Reativa mg/dl:		
4. Atividade de doença pelo médico escala análogo visual (1–10):		
5. Atividade de doença pelo paciente escala análogo visual (1–10):		
Escore Total:		

V – Histórico do Tratamento

Droga isolada	Posologia	Período
1.		Mês/Ano / a /
2.		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: _____