



Plano Terapêutico – ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações abaixo relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSEV, 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 PLANSEV 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 / /	3. Idade início dos sintomas
4. Critérios Diagnóstico (Nova York, Modificados)		
4.1. ☐ Dor lombar de pelo menos três meses de duração, aliviada com exercícios e não melhorada como repouso;		
4.2. ☐ Limitação da coluna Lombar nos planos frontal e sagital		
4.3. ☐ Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo)		
4.4. ☐ Sacroileíte bilateral grau 2, 3 ou 4 (anexar laudo radiológico)		
4.5. ☐ Sacroileíte unilateral grau 3 ou 4 (anexar laudo radiológico)		

IV – Atividade de Doença

Critério, Intensidade na Última Semana (Escala Visual Analógica 0 – 10)	Valor	Data da Observação
1. Nível de fadiga:		/ /
2. Dor cervical, lombar ou em quadris:		/ /
3. Dor/inflamação em outras articulações:		/ /
4. Desconforto em áreas sensíveis ao tato/pressão:		/ /
5. Rigidez matinal:		/ /
6. Duração e intensidade da rigidez (parâmetro máximo 120 minutos):		/ /
Escore BASDAI (soma dos critérios (1 + 2 + 3 + 4 + (média critérios 5 e 6))/5):		

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: _____