



Relatório Padronizado – Evolução Clínica

Caro (a) Doutor (a), solicitamos informações adicionais para orientação dos auditores médicos do PLANSEV quanto à continuidade do 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 – Avaliação mais recente da atividade da doença (preencha apenas a tabela do diagnóstico principal do seu paciente):

Artrite Reumatóide		
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):		
Score Total:		

Artrite Psoriática		Qtde.	Data
1. Número de articulações com dor:			
2. Número de articulações com edema:			
3. Atividade de doença pelo paciente (0–5)			
4. Atividade de doença pelo médico (0–5)			

Espondilite Anquilosante		
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):		
Score BASDAI (soma dos critérios (1 + 2 + 3 + 4 + (média critérios 5 e 6))/5):		

IV – Recomendação:

☐ Manter o tratamento	☐ Interromper o tratamento	☐ Alterar Agente Biológico (enviar relatório e prescrição médica)
--	---	--

Medicamento:	Posologia:	Peso:
--------------	------------	-------

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: _____