

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica - DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

Formulário para Acesso - Espondilite Ancilosante
Portaria SAS/MS nº 25 - 22/10/2018 - Retificação MS/2019**Nome do Paciente:** _____ **Data** ____/____/____**Peso em kg** ____ **Data de Nascimento:** ____/____/____ **Idade:** ____ **Sexo:** Masc. () Femin ()**Nome do Médico Responsável** _____ **CRM** _____**Serviço:** _____ **Cidade:** _____**Qual tipo de Espondilite Ancilosante? Marcar com um X**

() Axial () Preriférica

Articulações Acometidas*: _____**Avaliação da Atividade da Doença*:****BASDAI** _____ **ou ASDAS** _____**TRATAMENTO PRÉVIO* AINEs () Não () Sim.****Se Sim, Relatar nome, dose e tempo:** _____**MMCD sintético(s) () Não () Sim.****Se Sim, Relatar nome, dose e tempo:** _____**MMCD biológico(s) () Não () Sim.****Se Sim, Relatar nome, dose e tempo:** _____**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO*****Critérios de Classificação ASAS para Espondiloartrites Axiais:**

() Lombalgia inflamatória por, no mínimo, 3 meses e idade de início da doença até 45 anos.

() Sacroileíte em exames de imagem (quando assinalado, ANEXAR EXAME) e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite.

Relatar a(s) característica(s) de espondiloartrite (ANEXAR EXAME comprobatório quando o diagnóstico da(s) característica(s) relatada(s) exige exame ou relato médico): _____

() Antígeno HLA-B27 (quando assinalado, ANEXAR EXAME) e 2 ou mais características de espondiloartrite.

Relatar a(s) característica(s) de espondiloartrite (ANEXAR EXAME comprobatório quando o diagnóstico das características Relatadas exige exame ou relato médico): _____

Critérios de Classificação Modificados de Nova Iorque para Espondilite Ancilosante:

() Lombalgia inflamatória por 3 meses ou mais de duração.

() Limitação dos movimentos da coluna lombar nos planos sagital e frontal.

() Expansão torácica diminuída (inferior a 2,5 cm).

() Radiografia com detecção de sacroileíte bilateral graus 2 – 4 (quando assinalado, ANEXAR EXAME).

() Radiografia com detecção de sacroileíte unilateral graus 3 ou 4 (quando assinalado, ANEXAR EXAME). -

Outros sinais e sintomas, incluindo a duração dos mesmos: _____

*Obs.: Para a solicitação de MMCD biológico para o tratamento de entesite anexar exame de imagem comprobatório (validade: 6 meses). Para os outros - validade: 12 meses.

Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente não apresenta critérios de exclusão para uso dos medicamentos e que as informações acima prestadas são verdadeiras._____
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)