

**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 AOS MEDICAMENTOS DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 34, DE 19 DE JANEIRO DE 2026.

Obs.: o preenchimento deste formulário não é obrigatório. Caso prefira, o médico poderá descrever os critérios de inclusão em relatório médico (conforme PCDT de Artrite Reumatoide e Artrite Idiopática Juvenil)

Nome do Paciente: _____ Data: ____/____/____
Médico do Paciente: _____ CRM Nº ____ UF ____

Assinalar CID do paciente:

M08.0 Artrite reumatoide juvenil ()

M08.1 Espondilite anquilosante juvenil ()

M08.2 Artrite juvenil com início sistêmico ()

M08.3 AIJ poliarticular juvenil ()

M08.4 Artrite juvenil paciarticular (ou oligoarticular) ()

M08.8 Outras artrites juvenis ()

M08.9 Artrite juvenil não especificada ()

Serão incluídos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de AR, os pacientes que preencherem os critérios ACR de 1987 ou os critérios ACR/EULAR de 2010 para classificação de ARTRITE REUMATOIDE.

CRITÉRIOS ACR

Segundo os **critérios ACR**, são necessários **quatro dos sete critérios** abaixo para classificar um paciente como tendo artrite reumatoide, sendo que os critérios de 1 a 4 devem estar presentes em pacientes com história de pelo menos 6 semanas de evolução:

ATENÇÃO: Para os critérios assinalados, necessário encaminhar exames comprobatórios

1.() Rigidez matinal (nas articulações, com pelo menos 1 hora de duração);

2.() Artrite de 3 ou mais das seguintes áreas: articulações IFT proximais, articulações MCF, punhos, cotovelos, joelhos, tornozelos e articulações MTF;

3.() Artrite de mãos (punhos, articulações MCF ou IFT proximais);

4.() Artrite simétrica (mesma área em ambos os lados do corpo)

5.() Nódulo reumatoide (presença de 1 ou mais nódulos subcutâneos sobre proeminências ósseas ou superfícies extensoras ou regiões periarticulares);

6.() FR (presente em qualquer título);

7.() Alterações radiográficas (erosões ou descalcificação periarticular em radiografias postero anterior de mãos e punhos).

**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

CRITÉRIOS ACR/EULAR

Os critérios ACR/EULAR (pontuação de pelo menos 6 em 10) devem estar presentes em pacientes com sinovite clínica, **em pelo menos, uma articulação**, que não seja justificada por outra causa:

ATENÇÃO: Para os critérios selecionados, necessário encaminhar exames comprobatórios, e inserir pontuação total.

1. Envolvimento articular, excluídas as articulações IFT distais de mãos e pés, primeiras MTF e primeiras carpometacárpicas (0-5)

- () 1 articulação grande (ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos): **0**
() 2 a 10 articulações grandes (ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos): **1**
() 1 a 3 articulações pequenas (articulações MCF, 1a IFT, IFT proximais, 2a a 5a MTF e punhos): **2**
() 4 a 10 articulações pequenas (articulações MCF, 1ª TF, TF proximais, 2ª a 5ª MTF e punhos): **3**
() Mais de 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação e grandes articulações temporomandibulares, esternoclaviculares e acromioclaviculares): **5**

2. Sorologia (0-3)

- () FR e anti-CCP negativos: **0**
() FR ou anti-CCP positivos em baixos títulos (até 3 vezes o limite superior da normalidade): **2**
() FR ou anti-CCP positivos em altos títulos (3 vezes acima do limite superior da normalidade): **3**

3. Duração dos Sintomas (0-1)

- () Menos de 6 semanas: **0**
() Igual ou superior a 6 semanas: **1**

4. Reagentes de Fase Aguda (0-1)

- () Proteína C reativa e velocidade de sedimentação globular normais: **0**
() Proteína C reativa ou velocidade de sedimentação globular alteradas: **1**

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

Outras

informações: _____

Declaro que o(a) paciente não possui nenhuma contraindicação para uso do medicamento prescrito, tais como: Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, Tuberculose sem tratamento, Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico, Infecção fúngica ameaçadora à vida, Infecção por Herpes Zoster ativa, Hepatites B ou C agudas.

Local

Assinatura e carimbo do médico