

**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 - 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 Idiopática Juvenil).

Nome do Paciente:	Data:	/	/
Médico Responsável:	CRM:	UF:	

1. 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

2. 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. Preencher um dos critérios.

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).

OU**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)



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

- () 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.

Assinatura e carimbo do médico