

**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 CONJUNTA Nº 25, DE 22 DE OUTUBRO DE 2018**

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento:	/ /

1. Qual tipo de Espondilite Ancilosante o(a) paciente apresenta? () Axial () Preriférica**2. Articulações Acometidas:** _____**3. Avaliação da Atividade da Doença*:**

BASDAI _____ ou ASDAS _____

4. TRATAMENTO PRÉVIO*:**4.1 AINES?** () Não () Sim

Se Sim, informar medicamento, dose e tempo: _____

4.2 MMCD sintético(s)? () Não () Sim.

Se Sim, informar medicamento, dose e tempo: _____

4.3 MMCD biológico(s)? () Não () Sim.

Se Sim, informar medicamento, dose e tempo: _____

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO*: assinalar o(s) critério(s) que o(a) paciente apresenta (quando assinalado, ANEXAR EXAME que comprove a condição).**Critérios de Classificação ASAS:**

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

() Sacroileíte em exames de imagem e, pelo menos, 1 característica de espondiloartrite.

Relatar a(s) característica(s) de espondiloartrite: _____

() Antígeno HLA-B27 e 2 ou mais características de espondiloartrite.

Relatar a(s) característica(s) de espondiloartrite: _____

Critérios de Classificação Modificados de Nova Iorque:

() 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.

() Radiografia com detecção de sacroileíte unilateral graus 3 ou 4.

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