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 DE ACESSO - ARTRITE REUMATOIDE

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 33, 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)

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

Assinalar CID do paciente:
( ) M05.0 Síndrome de Felty
( ) M05.1 Doença reumatoide do pulmão
( ) M05.2 Vasculite reumatoide
( ) M05.3 Artrite reumatoide com comprometimento de outros órgãos e sistemas
( ) M05.8 Outras artrites reumatoides soropositivas
( ) M06.0 Artrite reumatoide soronegativa
( ) M06.8 Outras artrites reumatoides especificadas
( ) 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).

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)
( )- 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 este(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