

## Solicitação de Terapia Imuno Biológica

<input type="checkbox"/> Paciente ambulatorial		<input type="checkbox"/> Paciente internado		Senha liberada:	Data(s) do(s) evento(s) autorizado(s):
Nome					Apólice
Sexo	Idade	Peso	Altura	Superfície corporal	Rede:
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Preferencial
Diagnóstico			CID10	Data do diagnóstico	

Quadro clínico atual

Comorbidades associadas

### Tratamentos anteriores

Medicamento(s)	Doses	Período de utilização

Falha de tratamento       Sim       Não

Atividade da doença – Indicadores (preencher os indicadores, inerentes a patologia do paciente)

	Índice atual	Índice após 12 a 16 semanas.
SDAI		
CDAI		
DAS 28		
BASDAI		
IADC		
ASDAS		
PASI		

### Legenda

- SDAI – Índice Simplificado
- CDAI – Índice Clínico de Atividade da Doença
- DAS 28 – Índice de Atividade da Doença – 28 articulações
- BASDAI – Índice Bath de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante
- IADC - Índice de Atividade da Doença de Crohn
- ASDAS - Índice de Atividade da Doença para Espondilite Anquilosante

**Solicitação de Terapia Imuno Biológica**

Terapia Imuno biológica

Medicamento(s)	Doses(s)	Período de utilização

Terapia associada – Especificar a droga

Resposta ao tratamento :  Boa  Moderada

Justificativa para manutenção / Troca de medicamento

Nome do médico assistente	Referenciado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cód. ref. médico assistente	Tel. contato médico
Nome do prestador de serviços solicitantes		Cód. referenciado	Tel. contato prestador
Tel. retorno desta solicitação	Assinatura e carimbo do médico assistente	Data da solicitação	

Documentos necessários para análise das solicitações iniciais de Terapias Biológicas deverá ser encaminhado para o Fax (021) 25031723 de acordo os seguintes critérios:

- 1) Enviar Formulário de Solicitação de Terapia Biológica com todos os campos preenchidos.
- 2) Enviar Solicitação de Terapia Biológica com prazo de 72 horas (úteis) de antecedência.
- 3) Favor não aplicar medicação sem a senha, pois não serão antecipadas datas depois da senha liberada.

**Artrite Reumatóide:** Relatório Médico informando tempo de evolução da doença, tratamentos realizados anteriormente com resposta aos mesmos, índices de atividade da doença atual (SDAI; CDAI; DAS 28), programação terapêutica atual.

Laudos dos exames de imagem pertinentes à patologia, radiografia de tórax, PPD e exames laboratoriais (VHS, PCR).

**Artrite Psoriásica:** Relatório Médico informando tempo de evolução da doença, descrição detalhada das lesões cutâneas, tratamentos realizados anteriormente com resposta aos mesmos, índices de atividade da doença atual (BASDAI; DAS 28), programação terapêutica atual.

**Doença de Crohn:** Relatório Médico informando tempo de evolução da doença, tratamentos realizados anteriormente com resposta aos mesmos, índices de atividade da doença atual (IADC; DAS 28; BASDAI), programação terapêutica atual.

Laudo da biópsia gastrointestinal e/ou exames de imagem pertinentes à patologia.

**Espondilite Anquilosante:** Relatório Médico informando tempo de evolução da doença, tratamentos realizados anteriormente com resposta aos mesmos, índices de atividade da doença atual (BASDAI; ASDAS), programação terapêutica atual.

Laudos dos exames de imagem pertinentes à patologia, radiografia de tórax, PPD e exames laboratoriais (VHS, PCR).

Documentos necessários para análise das solicitações subsequentes ou mudança de medicamento de Terapias Biológicas:

**Para todas as patologias acima relacionadas:** Relatório Médico informando índice de atividade da doença (após 12 a 16 semanas), resposta ao tratamento atual e/ou justificativa para manutenção ou troca de medicamento. Laudos dos exames de imagem e laboratoriais de seguimento.