

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO TERAPIA IMUNOBIOLOGICA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:

Data de Nascimento:

Peso:

DIAGNÓSTICO

CID 10:

Data do Diagnóstico:

☐ Artrite Idiopática Juvenil

☐ Dermatite Atópica

☐ Nefrite Lúpica

☐ Artrite Psoriásica

☐ Doença de Crohn

☐ Osteoporose

☐ Artrite Reumatóide

☐ Esclerose Múltipla

☐ Psoríase

☐ Asma Alérgica

☐ Espondilite Anquilosante

☐ Urticária Crônica Espontânea

☐ Asma Eosinofílica

☐ Hidradenite Supurativa

☐ Uveíte Não-Infecciosa

☐ Colite / Retocolite Ulcerativa

☐ Lúpus Eritematoso Sistêmico

☐ Outro _____

Índice de Atividade da Doença - Atual

ASDAS _____

DAS28 _____

Índice de Mayo _____

SLEDAI _____

BASDAI _____

DLQI _____

MDA _____

UAS7 _____

CDLQI _____

EASI _____

PASI _____

Outros _____

CDAI _____

IADC _____

SCORAD _____

Outros _____

DAPSA _____

IHB _____

SDAI _____

Outros _____

Quadro clínico atual e início dos sintomas

IMPORTANTE: É indispensável o envio de laudos de exames complementares que corroborem o diagnóstico, sempre que a patologia em questão exigir comprovação laboratorial ou por imagem.

TRATAMENTOS ANTERIORES

MEDICAMENTO | DOSE | PERÍODO DE UTILIZAÇÃO - (início e término) e o tempo total de uso de cada medicamento.

Motivo da interrupção:

☐ Contra indicação

☐ Intolerância

☐ Refratariedade

TRATAMENTO PROPOSTO

MEDICAMENTO | DOSE | VIA DE ADMINISTRAÇÃO

PROTOCOLO

Fase do tratamento:

☐ Fase de Indução

☐ Fase de manutenção

Data, Assinatura e CRM do Médico Prescritor