1. **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|  |
| --- |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código do usuário Unimed:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) MPeso atual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso habitual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Altura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IMC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE**

|  |
| --- |
| Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Especialidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico cooperado Unimed: Sim ( ) Não ( ) |

1. **DADOS DA DOENÇA**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 ) Indicação Clínica**:  | ( ) Doença de Crohn cortico-refratária ( ) Doença de Crohn fistulizante |
| **2 ) Início e Tempo de evolução da doença:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3) Localização:** | ( ) Trato GI Alto | ( ) Ileoterminal  | ( ) Íleo-cólica  | ( ) Cólon  | ( ) Perianal |
| **4) Comportamento:** | ( ) Estenosante  | ( ) Fistulizante  | ( ) Não estenosante, Não fistulizante  |
| **5) Cirurgia anterior?** | ( ) Não ( ) Sim | Data/Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **3 ) Relato detalhado do caso clínico/Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4 ) Tratamentos prévios (DMARDs e AINHs):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Drogas** | **Dose** | **Tempo de Utilização** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **5) Motivo da suspensão do último tratamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **TRATAMENTO PROPOSTO**

|  |
| --- |
| **6 )** Droga:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº desta Aplicação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esquema Proposto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

1. **INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA**

**7) Exames atualizados: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  Ht : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hb : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Leucócitos : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VHS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PCR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fator reumatóide:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HBSAg:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AntiHBC IGG: \_\_\_\_\_\_\_\_ AntiHBC IGM: \_\_\_\_\_\_\_\_ AntiHBS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8 ) Situações concomitantes:** ( ) Doença desmielinizante ( ) Gestação/ amamentação

 ( ) Infecção aguda ( ) ICC grau III/IV ( ) Nenhum

**9 ) Triagem para Tuberculose:** PPD: ( ) Até 5mm ( ) Acima 5mm ( ) não reagente

 Rx tórax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10) Índice de Atividade:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   **Doença de Crohn**  | **CDAI:\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ou DAS 28\*:\_\_\_\_\_\_\_\_ ou BASDAI\*:\_\_\_\_\_\_\_\_**\* Nos casos de comprometimento articular periférico ou axial |

**Favor preencher abaixo: multiplicar o valor da coluna 1 pelo da coluna 2, anotando o resultado na coluna Subtotal. Somar todos subtotais para encontrar o valor total do CDAI.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variável** | **Fator Multiplicador** | **Subtotal** |
|
| **1.**  Média do número de evacuações líquidas ou pastosas por dia nos últimos 7 dias. | x 2 |   |
| **2.**   Dor abdominal, em média nos últimos 7 dias  | x 5 |   |
|  ( ) 0 - sem dor ( ) 1 - dor leve ( ) 2 - dor moderada ( ) 3 - dor severa |
| **3.** Sensação de bem-estar, média dos últimos 7 dias  | x 7 |   |
|  ( ) 0 – excelente ( ) 1 – bom ( ) 2 – médio ( ) 3 – ruim ( ) 4 - terrível |
| **4.** **4.** Número de complicações associados: | x 20 |   |
|    artrite ou artralgia = 1 |
|    irite ou uveíte = 1 |
|    eritema nodoso ou estomatite aftóide oral = 1 |
|    fissura anal ou fístula ou abscessos = 1 |
|    outros tipos de fístulas = 1 |
|    febre acima de 37,8º C = 1 |
|  **5.** Uso de drogas antidiarréicas ( ) 0 – Não ( ) 1 – Sim | x 30 |   |
|  **6.**  Massa abdominal ( ) 0 – nenhum ( ) 2 – questionável ( ) 5 – definido | x 10 |   |
|  **7.**   Desvio absoluto do hematócrito:  Homens: 47 menos Ht, Mulher: 42 menos Ht, em %  | x 6 |   |
| (subtrair em vez de adicionar se Ht do paciente é maior do que o padrão) |
|  **8.**  Peso\* - percentual de desvio do peso ideal   (subtrair em vez de adicionar se o peso do paciente é maior do que o peso ideal)  | x 1 |   |
| (\*Peso ideal -> Homens: Altura (m)2 x 25.5 Mulheres: Altura (m)2 x 22.5 ) |
| **Fonte: Consenso Brasileiro de DII 2010 TOTAL =** |   |

|  |
| --- |
| **11) Para novas solicitações - Análise de remissão:** |
| ( ) Clínica - quadro clinico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ( ) Colonoscópica \* (enviar laudos de exames: inicial e atual) |
| ( ) Histológica\* (enviar laudos de exames: inicial e atual) |

 **\*OBSERVAÇÕES:**

- ANEXAR CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DMARD BIOLÓGICO NA SOLICITAÇÃO INICIAL DO TRATAMENTO

- EM CASO DE DOENÇA FISTULIZANTE ENVIAR CÓPIA DE LAUDO DE EXAME DE IMAGEM (USG,TC ou RNM)

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do médico assistenteData: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |