

**FORMULÁRIO PARA ACESSO AOS MEDICAMENTOS DE ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**  
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 34, 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 e Artrite Idiopática Juvenil)

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Médico do Paciente: \_\_\_\_\_ CRM Nº \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

**Assinalar CID do paciente:**

- 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).

### 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 o(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