



FORMULÁRIO DE ACESSO - ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)

Nome do Paciente: _____	Data: __/__/__
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: ____

1. Qual a forma de evolução clínica da Esclerose Múltipla do(a) paciente?

- Remitente Recorrente (EMRR)
 Secundária Progressiva (EMSP)
 Primária Progressiva (EMPP)
 Síndrome Clinicamente Isolada (Clinically Isolated Syndrome - CIS)

2. Qual o valor do escore na escala Expandida do Estudo de Incapacidade (EDSS) atual? _____

3. Qual a classificação* da doença do(a) paciente?

- Baixa ou moderada atividade Alta atividade

*Baixa ou moderada atividade: caracterizada por indícios de atividade da doença, contudo sem se enquadrar nos critérios para classificação como de alta atividade.

Alta atividade: Incidência de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta e evidência de pelo menos uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior em pacientes não tratados; **OU** Atividade da doença no ano anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, na ausência de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou não adesão ao tratamento, apresentando pelo menos um surto no último ano durante o tratamento e evidência de pelo menos nove lesões hiper-intensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio.

4. Paciente possui diagnóstico de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LEMP)?

- Não
 Sim

5. Paciente já utilizou algum medicamento para o tratamento de EM?

- Não
 Sim. Qual(is)? _____

6. Paciente apresentou ocorrência de falha ou contraindicação a algum medicamento?

- Não
 Sim. Qual(is) medicamento(s)? Ocorrência de falha ou contraindicação?

- Betainterferonas _____
 Glatirâmer _____
 Teriflunomida _____
 Fumarato de dimetila _____
 Azatioprina _____
 Fingolimode _____
 Natalizumabe _____
 Cladribina _____
 Alentuzumabe _____



7. Qual o Critério de McDonald o (a) paciente apresenta? Assinalar com um X.

	Número de surtos(a)	Número de lesões com evidência clínica objetiva(b)	Critérios adicionais para o diagnóstico de EM
()	2 ou mais surtos	2 ou mais lesões	Nenhum(c)
()	2 ou mais surtos	1 lesão + evidência clara de surto anterior envolvendo uma lesão em localização anatômica distinta	anterior envolvendo uma lesão em localização anatômica distinta Nenhum(c)
()	2 ou mais surtos	1 lesão	Disseminação no espaço demonstrada por: • Novo surto em localização diferente no SNC OU • Ressonância Magnética(d)
()	1 surto	2 ou mais lesões	Disseminação no tempo demonstrada por: • Novo surto OU • Ressonância Magnética(e) OU • Presença de bandas oligoclonais no LCR(f)
()	1 surto	1 lesão	Disseminação no espaço demonstrada por: • Novo surto em localização diferente no SNC OU • Ressonância Magnética(d) E Disseminação no tempo demonstrada por: • Novo surto OU • Ressonância Magnética(e) OU • Presença de bandas oligoclonais no LCR(f)

(a) Definição de surto constantes na seção “Diagnóstico” deste PCDT;

(b) O diagnóstico baseado em evidência clínica objetiva de duas lesões é o mais seguro. Evidência histórica de um surto prévio, na ausência de achados neurológicos objetivamente documentados, pode incluir eventos históricos com sintomas e evolução característicos de um evento desmielinizante inflamatório prévio. Pelo menos um surto, entretanto, deve ter seu suporte em achados objetivos. Na ausência de evidência objetiva residual, é necessária cautela;

(c) Nos critérios de McDonald originais (revisão de 2017), não são necessários testes adicionais, entretanto, para efeito deste PCDT adotou-se que qualquer diagnóstico de EM deve ser realizado com acesso à neuroimagem;

(d) Ressonância Magnética para disseminação no espaço conforme descrito na seção “Diagnóstico” deste PCDT;

(e) Ressonância Magnética para disseminação no tempo conforme descrito na seção “Diagnóstico” deste PCDT;

(f) A presença de bandas oligoclonais no Líquor não demonstra disseminação no tempo, **contudo pode substituir a demonstração de disseminação no tempo.**



8. Existe necessidade de realizar mudança no tratamento?

Não

Sim, justifique:

Intolerância ao medicamento. Tipo: _____

Reações adversas. Sintomas apresentados: _____

Falta de adesão ao tratamento. Motivo: _____

Falha terapêutica (definida pela incidência de um surto e evidência de no mínimo 4 novas lesões em T2 no período de 12 meses – ANEXAR RM COMPROVANDO NOVAS LESÕES EM T2).

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, não apresenta contraindicações ao uso do medicamento solicitado (conforme estabelecido no item 7.7 da Portaria conjunta saes/sectics nº 08, de 12 de setembro de 2024) e satisfaz os critérios de inclusão.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)