



FORMULÁRIO DE ACESSO - ARTRITE PSORIÁCA (AP)

PORTARIA CONJUNTA Nº 37, DE 21 DE JANEIRO DE 2026

Nome do Paciente: _____ Data: ___/___/___

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

1. Qual o acometimento da AP o(a) paciente apresenta?

- Artrite periférica.
- Artrite axial.
- Entesite.
- Dactilite.

2. Indicar os critérios de classificação da artrite psoriásica (CASPAR) (marque um X):

- Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista)
- História pessoal de psoríase
- História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau)
- Distrofia ungueal Psoriásica típica (observada no exame físico atual)
- Fator reumatoide negativo (anexar exame)
- História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)
- Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés

3. Indicar a avaliação da atividade da doença de acordo com pelo menos uma das seguintes ferramentas (marcar um X e informar a pontuação):

- DAPSA (artrite periférica): _____
- ASDAS (artrite axial): _____
- LEI (entesite): _____

4. Indique os fatores de pior prognóstico (comprovar com exames) (marque um X):

- Muitas (cinco ou mais) articulações edemaciadas.
- Dano estrutural.
- Velocidade de hemossedimentação (VHS) ou dosagem da proteína C reativa (PCR) elevadas.
- Manifestações extra-articulares clinicamente relevantes (por exemplo, dactilite e acometimento ungueal).

5. Quais dos critérios a seguir o(a) paciente atinge a MDA (Minimal Disease Activity)?

- contagem articular sensível ≤ 1 ;
- contagem de articulações inchada ≤ 1 ;
- índice de Atividade e Gravidade da Psoríase ≤ 1 OU área de superfície corporal ≤ 3 ;
- escore visual analógico (EVA) da dor do paciente ≤ 15 ;
- atividade global da doença do paciente EVA ≤ 20 ;
- questionário de avaliação de saúde $\leq 0,5$;
- pontos entésicos sensíveis ≤ 1 .

6. Tratamentos prévios.

6.1. AINEs?

- Não
- Sim. Qual(is)? _____

6.2. Imunossupressores?

- Não
- Sim. Qual(is)? _____



6.3. Medicamentos modificadores do curso da doença? Assinalar e preencher referente ao(s) medicamento(s) que paciente já utilizou.

MEDICAMENTO	DOSE UTILIZADA	TEMPO DE USO (MESES)	RESPOSTA AO TRATAMENTO COM O MEDICAMENTO
-------------	----------------	----------------------	--

MMCDs (sintéticos)

() Metotrexato			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Leflunomida			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Sulfassalazina			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença

MMCDbio (biológicos)

() Adalimumabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Etanercepte			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Golimumabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Infliximabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Certolizumabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Secuquinumabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
() Ixequizumabe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença

MMCDsae (alvo específico)

() Tofacitinibe			() Falha terapêutica () Toxicidade () Persistência da atividade de doença
------------------	--	--	---

7. Assinalar e preencher qual(is) medicamento(s) abaixo o(a) paciente já utilizou em MONOTERAPIA:

- () Metotrexato (MTX), por _____ meses.
() Sulfassalazina (SSZ), por _____ meses.
() Leflunomida (LEF), por _____ meses.

8. Assinalar a associação medicamentosa que o(a) paciente já utilizou:

- () SSZ + LEF. Dose: _____ Tempo: _____
() SSZ + MTX. Dose: _____ Tempo: _____
() MTX + LEF. Dose: _____ Tempo: _____
() MMCDbio: _____ + MMCDs: _____. Dose: _____ Tempo: _____

9. Declaro que o(a) paciente não apresenta contraindicações nem critérios de exclusão para uso do(s) medicamento(s), conforme PCDT da patologia?

- () Sim () Não

Assinatura e carimbo do médico prescritor