



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MS

Superintendência de Relações Intersectoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada

FORMULÁRIO CLÍNICO – VASCULITE ASSOCIADA AOS ANTICORPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS

1. Identificação do paciente

Nome do(a) paciente:
Peso (kg):
Altura:
Superfície Corporal: m ²

2. Características clínicas e evolução da doença:

3. Diagnóstico:

GPA <input type="checkbox"/>	MPA <input type="checkbox"/>	Vasculite renal limitada <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	---

4. Critério apresentado:

<input type="checkbox"/> Diagnóstico recente de GPA ou MPA, em idade fértil, com indicação de terapia de indução de remissão.
<input type="checkbox"/> Recidiva de GPA ou MPA ativa e grave.

5. Manifestações clínicas por subtipo:

GPA	MPA
<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Renais
<input type="checkbox"/> Seios da face	<input type="checkbox"/> Pulmonar
<input type="checkbox"/> Cavidade oral	<input type="checkbox"/> Gastrointestinais
<input type="checkbox"/> Ouvidos	<input type="checkbox"/> Cutâneas
<input type="checkbox"/> Região subglótica	<input type="checkbox"/> Neurológicas
<input type="checkbox"/> Ocular	
<input type="checkbox"/> Pulmonar	
<input type="checkbox"/> Renal	
<input type="checkbox"/> Sistema locomotor	
<input type="checkbox"/> Sistêmico	
<input type="checkbox"/> Neurológico	
<input type="checkbox"/> Cutâneo	
<input type="checkbox"/> Cardíaco	

6. Informar a atividade da doença em Vasculites ANCA - (BVAS v.3 - Birmingham Vasculitis Activity Score): _____

7. Tratamentos prévios realizados:

8. Condição / estágio do tratamento:

Paciente em idade fértil	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Paciente em recidiva da doença	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Refratário ou contraindicação à ciclofosfamida	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

9. Condições clínicas associadas:

Tuberculose ativa	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
ILTB	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
HIV	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção bacteriana ativa	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Infecção fúngica grave	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Herpes zoster ativo	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Sífilis	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Hepatite B	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Hepatite C	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

10. Esquema terapêutico indicado:

Rituximabe 375 mg/m², IV, semanal, por 4 semanas (conforme PCDT).

Dose prescrita: _____ mg/dose

11. Justificativa para ausência de PT/IGRA ou histórico de TB:

12. Outras observações:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico: _____