



Formulário de Solicitação de Medicamentos Biológicos - Artrite Psoriásica, Doença de Crohn, Espondilite Anquilosante, Artrite Reumatóide

Nome: _____ N° da carteirinha: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Altura: _____ Peso: _____

Tipo de Tratamento: () Ambulatorial () Internado, Justificar: _____

Diagnóstico/ CID 10: _____
Tratamento Solicitado: _____ Dose: _____
Periodicidade: _____ Ciclos Solicitados (máximo por solicitação:6): _____

Assinale abaixo a natureza da solicitação e as informações correspondente.

() Início de medicamento (primeira aplicação)
Critérios utilizados no diagnóstico (enviar laudos dos exames): _____

Índice de atividade da doença: _____
Data da avaliação: ____/____/____
Tratamentos anteriores: _____
Medicamentos em uso, com tempo de tratamento: _____

() Continuidade do tratamento ou mudança de tratamento
Exames de Seguimento Realizados (enviar os laudos recentes): _____
Índice de atividade da doença: _____
Ciclo Atual: _____ Ciclos Solicitados (máximo por solicitação:6): _____

Observações: _____

Assinatura e CRM (carimbo e assinatura)

____/____/____
Data da Solicitação