



**PROTOCOLO CLÍNICO
E
DIRETRIZES TERAPÊUTICAS**

TRATAMENTO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

MAIO | 2011

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

TRATAMENTO DA ESPONDILITE
ANQUILOSANTE

MAIO | 2011

GOVERNADOR DO ESTADO
JAQUES WAGNER

SECRETÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO
MANOEL VITÓRIO DA SILVA FILHO

REALIZAÇÃO

COORDENADOR GERAL
SONIA MAGNÓLIA LEMOS DE CARVALHO

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE SAÚDE

COORDENAÇÃO
CRISTIANE MÁRCIA VELOSO DE CARVALHO LOPES

COORDENAÇÃO DE PRODUTOS
NADJA NARA REHEM DE SOUZA

COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
MARIA CONCEIÇÃO QUEIROZ RICCIO

EQUIPE EXECUTORA

COORDENAÇÃO DE PRODUTOS
LORENNNA MOTTA SOUZA
MARIANA CAMPOS LIMA ALMEIDA
MORJANA FRANCO DE FREITAS NUNES

SUPORTE ADMINISTRATIVO
JOSE CARLOS DA SILVA
RODRIGO SANTOS SILVA MOREIRA

BAHIA, SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO.
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO DA
ESPONDILITE ANQUILOSANTE. 1ª ED.
SALVADOR: SAEB/CGPS, 2011.

15P.

1. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO
DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE. PLANSERV.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	5
3. CLASSIFICAÇÃO CID 10	5
4. DIAGNÓSTICO	6
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO	6
6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO	7
7. TRATAMENTO	8
7.1. MEDICAMENTOS E APRESENTAÇÕES	8
7.2. FÁRMACOS.....	8
7.2.1. BLOQUEADORES DE TNF	8
7.3. BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO CLÍNICO	9
7.4. MONITORIZAÇÃO	9
8. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	9
REFERÊNCIAS	10
ANEXOS	11
ANEXO I LISTA DE DOCUMENTOS	11
ANEXO II PLANO TERAPÊUTICO – ESPONDILITE ANQUILOSANTE.....	12
ANEXOIII RELATÓRIO PADRONIZADO – EVOLUÇÃO CLÍNICA.....	13
ANEXO IV TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – ESPONDILITE ANQUILOSANTE	14

1. INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem (segunda a quarta décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos.

A espondilite de início no adulto, que se inicia a partir dos 16 anos, costuma ter como sintoma inicial a lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada e predomínio dos sintomas axiais durante sua evolução. A doença juvenil, que se manifesta antes dos 16 anos de idade, costuma iniciar-se com artrite e enteropatias periféricas, evoluindo, somente após alguns anos, para a característica lombalgia de ritmo inflamatório. A doença juvenil costuma ter diagnóstico mais tardio, e muitos destes pacientes podem ser diagnosticados como artrite reumatóide juvenil, no início dos sintomas. O comprometimento do quadril é mais freqüente na criança do que no adulto, o que determina um pior prognóstico, pela necessidade de próteses totais de quadril em muitos pacientes.

2. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Inicialmente o paciente espondilítico costuma se queixar de dor lombar baixa de ritmo inflamatório, caracterizada por melhorar com o movimento e piorar com o repouso, apresentando rigidez matinal prolongada. A evolução costuma ser ascendente, acometendo progressivamente a coluna dorsal e cervical, contribuindo para o desenvolvimento da “postura do equador” (projeção da cabeça para frente).

3. CLASSIFICAÇÃO CID 10

M45 - Espondilite ancilosa

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico depende da associação de uma série de sintomas e sinais característicos, dados laboratoriais e achados radiológicos. A orientação para diagnóstico é baseada nos critérios de Nova York, 1984 modificado.

Critérios:

- a) Dor lombar de pelo menos três meses de duração, aliviada com exercícios e não melhorada como repouso;
- b) Limitação da coluna Lombar nos planos frontal e sagital;
- c) Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo);
- d) Sacroileíte bilateral grau 2, 3 ou 4;
- e) Sacroileíte unilateral grau 3 ou 4.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

- Presença de um critério clínico e um critério radiográfico;
- Escore BASDAI $>$ ou $=$ 04 (Quadro 1);
- Tratamento com pelo menos dois tipos de AINHs, cada tentativa por período $>$ ou $=$ 03 meses na dose máxima recomendada (exceto em casos de intolerância ao AINH);
- Pacientes com Artrite Periférica sintomática devem ter passado por tentativas de tratamento com AINH e Sulfasalasina;
- Apresentar documentos listados Anexo I devidamente preenchidos e dentro do prazo de validade;
- Concordar e assinar com o Termo de Consentimento Informado (Anexo IV).

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO

- Não possuir Espondilite Anquilosante de acordo com os critérios de classificação de Nova York, 1984 modificado;
- Apresentar escore BASDAI < 04;
- Não ter realizado tratamento prévio com pelo menos dois tipos de AINHs, cada tentativa por período > ou = 03 meses na dose máxima recomendada;
- Não ter realizado tentativas em pacientes com Artrite Periférica sintomática com AINH e Sulfasalasina;
- Não apresentar documentos listados Anexo I devidamente preenchidos e dentro do prazo de validade;
- Não concordância com o Termo de Consentimento Informado (Anexo IV).

Quadro 1 – Estado de atividade de doença Índice BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*):

“BASDAI, validado para o português (**Escala Visual Analógica 0 – 10**)

Coloque uma marca em cada linha abaixo, indicando sua resposta para cada questão relacionada à semana passada.

1. Como você descreveria o grau de fadiga ou cansaço que você tem tido? 0-10 cm
2. Como você descreveria o grau total de dor no pescoço, nas costas e no quadril relacionada à sua doença? 0-10 cm
3. Como você descreveria o grau total de dor e edema (inchaço) nas outras articulações sem contar com pescoço, costas e quadril? 0-10 cm
4. Como você descreveria o grau total de desconforto que você teve ao toque ou à compressão em regiões do corpo doloridas? 0-10 cm
5. Como você descreveria a intensidade da rigidez matinal que você tem tido a partir da hora em que você acorda? 0-10 cm
6. Quanto tempo dura sua rigidez matinal a partir do momento em que você acorda? 0,30 min, 1h, 1h 30 e 2h.”

O escore é calculado somando os valores absolutos dos critérios 1 ao 4 e a média dos critérios 5 e 6, dividindo o resultado por 5.

7. TRATAMENTO

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da atividade da doença e para prevenir a incapacidade funcional e lesão articular irreversível.

Os objetivos principais do tratamento são: prevenir ou controlar a lesão articular, prevenir a perda de função e diminuir a dor, tentando maximizar a qualidade de vida dos pacientes. Os medicamentos adalimumabe, etanercepte e infliximabe possuem indicação para tratamento de EA após falha de esquema combinado de DMARDS convencionais. Para o tratamento de EA o Planserv irá autorizar o Adalimumabe para todos os pacientes incluídos nesse protocolo em início de tratamento, caso não haja resposta, perda da resposta obtida no decorrer do tempo ou problemas clínicos com a utilização da droga será disponibilizado como 2ª e 3ª opção, respectivamente, os medicamentos: Etanercepte e Infliximabe.

7.1. MEDICAMENTOS E APRESENTAÇÕES

- Adalimumabe: 40 mg frasco ampola;
- Etanercepte: 25 mg e 50 mg frasco ampola;
- Infliximab: 100 mg frasco ampola;

7.2. FÁRMACOS

7.2.1. BLOQUEADORES DE TNF

Adalimumabe: 40 mg administrados por via subcutânea uma vez a cada duas semanas; pode ser utilizado como monoterapia ou associado ao MTX. O uso combinado com o MTX mostrou ser seguro e propiciou rápido benefício no controle da atividade da doença, comparado ao uso combinado de placebo e MTX; também mostrou ser seguro e benéfico quando associado a outras DMCDs.

Etanercepte: 25 mg administrados por via subcutânea duas vezes por semana; pode ser utilizado como monoterapia ou associado a MTX. Os benefícios e a segurança se mantiveram durante os seis meses de tratamento; a associação com o MTX se mostrou bem tolerada e resultou em benefício adicional comparado ao uso de MTX isolado.

Infliximabe: Dose: 5mg/kg nas semanas 0, 2 e 6, a partir de então a cada 8 semanas. Depois de 22 semanas de tratamento, a dose pode ser aumentada, a critério médico, para até 10 mg/kg.

Contra indicação aos bloqueadores de TNF

Contra indicado em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, insuficiência cardíaca congestiva classe III e IV, em vigência de infecção ativa ou em pacientes com alto risco para o desenvolvimento de infecções (úlceras crônicas de membros inferiores, artrite séptica nos últimos 12 meses), infecções pulmonares recorrentes, esclerose múltipla e em pacientes com doenças malignas atuais ou passada (menos de dez anos). Em virtude da alta prevalência de tuberculose em nosso meio e dos relatos de reativação desta, esses agentes devem ser empregados com extrema cautela em pacientes com suscetibilidade ou história prévia de tuberculose, recomendando-se, pelo menos, radiografia de tórax antes do início da terapêutica.

Os antagonistas do Fator de necrose Tumoral devem ser suspensos temporariamente frente a gravidez e durante infecções graves. Devem ser suspensos indefinidamente se ocorrerem efeitos adversos significativos (desenvolvimento de malignidade, toxicidade grave relacionada à droga) ou se não houver resposta clínica significativa após 3 meses de tratamento.

7.3. BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO CLÍNICO

Alívio dos sintomas, diminuição da morbidade e de perda funcional.

7.4. MONITORIZAÇÃO

Além da monitorização dos efeitos adversos dos medicamentos deve ser realizada a monitorização da atividade de doença, utilizando o índice BASDAI, a cada 12 semanas até obtenção de estado de remissão ou baixa atividade de doença.

Na primeira avaliação, após 12 (doze) semanas, se não houver melhora no escore (mínima de 50% no BASDAI), tratar como falha terapêutica do agente anti-TNF;

8. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O Termo de Consentimento Informado (TCI) tem por objetivo o comprometimento do paciente (ou seu responsável legal) e de seu médico com o tratamento. Deve ser assinado por ambos após ter sido lido pelo paciente e/ou seu responsável legal e esclarecidas todas as dúvidas com o médico. Este se responsabiliza pelo esclarecimento das informações relativas a benefícios e potenciais riscos, e o paciente explicita sua compreensão e concordância com o tratamento. A concordância e a assinatura do TCI constituem condição indispensável para a dispensação do medicamento.

REFERÊNCIAS

BRAUN J, PHAM T, SIEPER J, DAVIS J, VAN DER LINDEN S, DOUGADOS M, VAN DER HEIJDE D; ASAS Working Group. International ASAS consensus statement for the use of anti-tumour necrosis factor agents in patients with ankylosing spondylitis. **Ann Rheum Dis** 62: 817-24, 2003.

Núcleo de Estudos de Doenças Auto-Imunes (NEDAI) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). Espondilite Anquilosante: Informações médicas para doentes e familiares. n 9, 2008.

SBR, Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica Diagnóstico e Tratamento – Primeira Revisão, 2007.

SBR, Espondiloartropatias, Espondilite Anquilosante e Artrite Psoriásica, 2004.

ANEXOS

ANEXO I LISTA DE DOCUMENTOS

Lista de documentos para solicitação inicial

1. Plano Terapêutico devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;
2. Cópia da prescrição médica, com assinatura, carimbo e CREMEB do médico (até 30 dias depois da prescrição);
3. Cópia de exames laboratoriais: Fator Reumatóide, FAN, anti-DNA, sorologias para vírus da Hepatite B e C, anti-HIV, hemograma completo, sumário de urina, creatinina, uréia, TGO e TGP (até três meses de realizado);
4. Cópia do laudo da Radiografia da coluna (sacro-ilíaca);
5. Cópia do Laudo do PPD (Teste Tuberculínico - até 3 meses de realizado);
6. Termo de Consentimento informado assinado pelo paciente e pelo médico assistente.

Lista de documentos para continuidade de tratamento

Relatório de Evolução Clínica (a cada 12 semanas).

ANEXO II

PLANO TERAPÊUTICO – ESPONDILITE ANQUILOSANTE



Plano Terapêutico – ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações **abaixo** relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSERV, sobre o procedimento terapêutico indicado para nosso (a) beneficiário (a).

I - Identificação do Médico Assistente

1. Nome	2. CRM	3. Celular
4. Reumatologista? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Residência em Reumatologia <input type="checkbox"/> Título de Especialista ABM/SBR		5. Telefone
1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias. 2. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares. 3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.		

II - Identificação do Paciente

1. Nome do Paciente	2. Telefone
---------------------	-------------

III – Histórico da Doença

1. Data do Diagnóstico / /	2. Início do tratamento no serviço / /	3. Idade início dos sintomas
4. Critérios Diagnóstico (Nova York, Modificados)		
4.1. <input type="checkbox"/> Dor lombar de pelo menos três meses de duração, aliviada com exercícios e não melhorada como repouso;		
4.2. <input type="checkbox"/> Limitação da coluna Lombar nos planos frontal e sagital		
4.3. <input type="checkbox"/> Expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo)		
4.4. <input type="checkbox"/> Sacroileíte bilateral grau 2, 3 ou 4 (anexar laudo radiológico)		
4.5. <input type="checkbox"/> Sacroileíte unilateral grau 3 ou 4 (anexar laudo radiológico)		

IV – Atividade de Doença

Critério, Intensidade na Última Semana (Escala Visual Analógica 0 – 10)	Valor	Data da Observação
1. Nível de fadiga:		/ /
2. Dor cervical, lombar ou em quadris:		/ /
3. Dor/inflamação em outras articulações:		/ /
4. Desconforto em áreas sensíveis ao tato/pressão:		/ /
5. Rigidez matinal:		/ /
6. Duração e intensidade da rigidez (parâmetro máximo 120 minutos):		/ /
Escore BASDAI (soma dos critérios (1 + 2 + 3 + 4 + (média critérios 5 e 6))/5):		

V – Histórico do Tratamento

Droga isolada	Posologia	Período
1.		Mês/Ano / a /
2.		Mês/Ano / a /

Associação de drogas	Posologia	Período
1. +	+	Mês/Ano / a /
2. +	+	Mês/Ano / a /

VI – Condições Clínicas Associadas

	SIM	NÃO		SIM	NÃO
1. Gravidez, potencial para gravidez ou lactação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Paciente com alto risco de infecção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Infecção ativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. História de Lupus ou Esclerose Múltipla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diagnóstico prévio de câncer ou sob suspeita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

VII – Prescrição Médica de Agente Biológico

Medicamento:	Posologia:	Peso:
--------------	------------	-------

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: _____

ANEXOIII

RELATÓRIO PADRONIZADO – EVOLUÇÃO CLÍNICA



Relatório Padronizado – Evolução Clínica

Caro (a) Doutor (a), solicitamos informações adicionais para orientação dos auditores médicos do PLANSERV quanto à continuidade do procedimento terapêutico indicado para nosso (a) beneficiário (a):

I - Identificação do Médico Assistente

1. Nome	2. CRM	3. Celular
4. Reumatologista?		5. Telefone
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Residência em Reumatologia <input type="checkbox"/> Título de Especialista ABM/SBR		
1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias. 2. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares. 3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.		

II - Identificação do Paciente

1. Nome do Paciente	2. Telefone
---------------------	-------------

III – Avaliação mais recente da atividade da doença (preencha apenas a tabela do diagnóstico principal do seu paciente):

Artrite Reumatóide		
Índice Simplificado de Atividade de Doença – SDAI (Cons. Brasileiro, SBR, 2007)	Valor	Data da Observação
1. Número de articulações com dor:		
2. Número de articulações com edema:		
3. Proteína C Reativa mg/dl:		
4. Atividade de doença pelo médico, escala análogo visual (1 – 10):		
5. Atividade de doença pelo paciente, escala análogo visual (1 – 10):		
Escore Total:		

Artrite Psoriática		
	Qtde.	Data
1. Número de articulações com dor:		
2. Número de articulações com edema:		
3. Atividade de doença pelo paciente (0–5)		
4. Atividade de doença pelo médico (0–5)		

Espondilite Anquilosante		
Critério, Intensidade na Última Semana (Escala Visual Analógica 0 – 10)	Valor	Data da Observação
1. Nível de fadiga:		
2. Dor cervical, lombar ou em quadris:		
3. Dor/inflamação em outras articulações:		
4. Desconforto em áreas sensíveis ao tato/pressão:		
5. Rigidez matinal:		
6. Duração e intensidade da rigidez (parâmetro máximo 120 minutos):		
Escore BASDAI (soma dos critérios (1 + 2 + 3 + 4 + (média critérios 5 e 6))/5):		

IV – Recomendação:

<input type="checkbox"/> Manter o tratamento	<input type="checkbox"/> Interromper o tratamento	<input type="checkbox"/> Alterar Agente Biológico (enviar relatório e prescrição médica)
--	---	--

Medicamento:	Posologia:	Peso:

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: _____

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Eu (nome do (a) paciente), abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais, relacionados ao uso dos medicamentos **Adalimumabe, Etanercepte, Infliximab**, indicados para o tratamento da **espondilite anquilosante**.

Estou ciente de que esse medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico (nome do médico que prescreve).

Expresso também a minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Diminuição da inflamação das articulações com melhora das dores;
- Diminuição da progressão da lesão das articulações com menor chance de ocorrer deformidades articulares.

Fui também claramente informado (a) a respeito dos potenciais efeitos colaterais, contra-indicações e riscos:

- Contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) aos medicamentos;
- Risco de infecções de várias etiologias e alguns tipos de neoplasias (câncer) são aumentados, principalmente, com o uso desses fármacos em associação;
- Diversos efeitos colaterais podem ocorrer, de acordo com as diferentes drogas:
 - ⇒ Náuseas, diarreia, dor abdominal, vômito, má digestão e azia, dor de cabeça, fadiga, febre, tontura, dor, rash cutâneo, prurido, bronquite, rinite, infecção de vias aéreas superiores, tosse, sinusite, faringite, reativação de tuberculose, reação a infusão, dor no peito, infecções, reações de hipersensibilidade, dor nas articulações, dor nas costas, infecção no trato urinário. Também estão relatados como eventos adversos: abscesso, hérnia abdominal, síndrome da angústia respiratória do adulto, aumento das transaminases hepáticas (ALT e AST), anemia, ansiedade, apendicite, arritmia, artrite, bloqueio atrioventricular, azotemia, carcinoma basocelular, cólica biliar, fratura óssea, bradicardia, infarto cerebral, câncer de mama, parada cardíaca, insuficiência cardíaca, celulite, colecistite, coledolitíase, confusão, desidratação, delírio, depressão, hérnia diafragmática, falta de ar, disúria, edema, encefalopatia, endometriose, endoftalmite, furunculose, úlcera gástrica, hemorragia gastrointestinal, hepatite colestática, herpes zóster, hidronefrose, pressão alta ou baixa, hérnia de disco intervertebral, inflamação, obstrução intestinal,

perfuração intestinal, estenose intestinal, cisto articular, degeneração articular, infarto renal, leucopenia, linfangite, lúpus eritematoso sistêmico, linfoma, mialgia, isquemia miocárdica, osteoartrite, osteoporose, isquemia periférica, derrame pleural, dor pleurítica, pneumonia, pneumotórax, edema pulmonar, embolia pulmonar, cálculo renal, insuficiência renal, insuficiência respiratória, nódulos reumatóides, palpitação, insuficiência pancreática, pancreatite, peritonite, pielonefrite, adenocarcinoma de reto, sepse, câncer de pele, sonolência, infartos esplênicos, espondilolistese, esplenomegalia, tentativa de suicídio, desmaios, taquicardia, problemas nos tendões, diminuição de plaquetas, trombose, úlceras, lesão no neurônio motor superior, obstrução ureteral e perda de peso. Pode, também facilitar o estabelecimento ou agravar infecções fúngicas e bacterianas;

- O risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.
- Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Declaro, finalmente, ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

Adalimumabe Etanercepte Infliximab

Paciente:		
Documento de identidade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Idade:
Endereço:		
Cidade:	CEP: 41.000-000	Telefone: 41.5875-6985
Responsável legal (quando for o caso):		
Documento de identidade do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		

Médico responsável:	CRM:	UF:
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:
_____ Assinatura e carimbo do médico		Data:

Observações:

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.