

SOLICITAÇÃO PRÉVIA PARA AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO IMUNOBIOLÓGICO				
CREDENCIADO:				
NOME DO BENEFICIÁRIO:		Data Nascimento:	SEXO () M () F	
DIAGNÓSTICO				
DIAGNÓSTICO	CID 10		TEMPO DE DOENÇA (ANOS)	
AVALIAÇÃO POR ESCORES DE GRAVIDADE (SEGUNDO DIRETRIZ DA ANS)				
CDAI (DC)				
SDAI (AR)				
DAS 28 (AR, AP, DC, EA)				
BASDAI (AP, DC, EA)				
ASDAS (EA)				
PASI				
DLQI				
% SUPERFÍCIE CORPORAL ACOMETIDA (no caso de Psoríase)				
DROGAS MODIFICADORAS DO CURSO DA DOENÇA USADAS	Início	Término	Dose	
ESQUEMA IMUNOBIOLÓGICO PROPOSTO				
DROGA PROPOSTA	PESO DO PACIENTE	DOSE/KG	DOSE TOTAL	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
INICIO DO 1º CICLO / /	INTERVALO DO CICLO (semanas)	DURAÇÃO DO CICLO (dias)		Nº DE CICLOS PREVISTOS
OBSERVAÇÕES:				
ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE (CARIMBO/CRM):		DATA:		