



SUS

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA O TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA

Paciente: _____	Idade: _____ anos	Sexo: () M () F																											
<p>■ Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de Dermatite Atópica, portaria SAES/SECTICS Nº 34, de 20/12/2023. ■ Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.</p>																													
<p>1. Quanto ao diagnóstico de Dermatite Atópica (DA): Idade de início dos sintomas: _____ Tempo de diagnóstico (anos): _____ Instrumento de diagnóstico utilizado: () Critérios clássicos de Hanigin e Rajka (preencher item 2.a) ou () Critérios do Grupo de Trabalho do Reino Unido (preencher item 2.b)</p>																													
<p>2. Marque os critérios que o paciente possui, conforme um dos instrumentos utilizado e preconizado pelo PCDT-MS:</p>																													
<p>2.a Se critérios clássicos de Hanigin e Rajka: Critérios Maiores: () Prurido () Morfologia e distribuição típicas () Dermatite crônica ou cronicamente recidivante () História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica. Critérios Menores: () Xerose () Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar () Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo () Imunoglobulina E sérica elevada () Idade precoce de início () Tendência para infecções cutâneas (<i>S. aureus</i> e herpes simples vírus)/imunidade prejudicada, mediada por células () Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé () Eczema do mamilo () Queileite () Conjuntivite recorrente () Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan () Ceratocone () Catarata subcapsular anterior () Escurecimento orbita () Palidez facial/eritema facial () Pitiríase alba () Dobra cervical anterior () Prurido ao suar () Intolerância à lã e solventes lipídicos () Acentuação perifolicular () Intolerância alimentar () Influência do curso por fatores ambientais/emocionais () Dermografismo branco/branqueamento tardio.</p>																													
<p>2.b Se critérios do Grupo de Trabalho do Reino Unido: () Prurido nos últimos 12 meses em associação a: () Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos () História de envolvimento flexural () História da pele geralmente seca () História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau () Dermatite flexural visível</p>																													
<p>3. Foram excluídos diagnósticos diferenciais: () Sim () Não</p>																													
<p>4. Avaliação da Gravidade da Dermatite Atópica: Escala utilizada: () EASI () SCORAD () POEM () PO-SCORAD () vIGA-AD () IGA () Prurido-NRS Pontuação: _____ Classificação da gravidade: _____</p>																													
<p>5. Tratamento(s) não medicamentoso(s) utilizados para Controle da DA:</p> <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Terapia não medicamentosa</th><th rowspan="2">Tempo de uso</th><th colspan="2">Resposta</th></tr><tr><th>Satisfatória</th><th>Insatisfatória</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Terapia não medicamentosa	Tempo de uso	Resposta		Satisfatória	Insatisfatória																					
Terapia não medicamentosa	Tempo de uso	Resposta																											
		Satisfatória	Insatisfatória																										
<p>6. Tratamento(s) medicamentoso(s) utilizados para Controle da DA</p> <table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Medicamento</th><th rowspan="2">Posologia</th><th rowspan="2">Tempo de uso (meses)</th><th colspan="2">Resposta</th></tr><tr><th>Satisfatória</th><th>Insatisfatória</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>			Medicamento	Posologia	Tempo de uso (meses)	Resposta		Satisfatória	Insatisfatória																				
Medicamento	Posologia	Tempo de uso (meses)				Resposta																							
			Satisfatória	Insatisfatória																									
<p>7. Paciente está em fototerapia? () Sim () Não</p>																													
<p>8. Paciente possui contra-indicação a algum medicamento padronizado? () Sim () Não Se sim, especifique: _____</p>																													
<p>9. Observações adicionais relevantes: _____, ____ / ____ / ____</p>																													
<p>Carimbo e Assinatura do Médico prescritor</p>																													