

**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

- 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.

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)

2. Marque os critérios que o paciente possui, conforme um dos instrumentos utilizado e preconizado pelo PCDT-MS:**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 (S. aureus e herpes simples vírus)/imunidade prejudicada, mediada por células () Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé () Eczema do mamilo () Queilite () Conjuntivite recorrente () Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan () Ceratocone () Catarata subcapsular anterior () Escurecimento orbita () Palidez facial/eritema facial () Pityriase 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.

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

3. Foram excluídos diagnósticos diferenciais: () Sim () Não**4. Avaliação da Gravidade da Dermatite Atópica:**

Escala utilizada: () EASI () SCORAD () POEM () PO-SCORAD () VIGA-AD () IGA () Prurido-NRS

Pontuação: _____ Classificação da gravidade: _____

5. Tratamento(s) não medicamentoso(s) utilizados para Controle da DA:

Terapia não medicamentosa	Tempo de uso	Resposta	
		Satisfatória	Insatisfatória

6. Tratamento(s) medicamentoso(s) utilizados para Controle da DA

Medicamento	Posologia	Tempo de uso (meses)	Resposta	
			Satisfatória	Insatisfatória

7. Paciente está em fototerapia? () Sim () Não**8. Paciente possui contra-indicação a algum medicamento padronizado:** () Sim () Não

Se sim, especifique:

9. Observações adicionais relevantes:

_____, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor