



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DERMATITE ATÓPICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																						
2	IDADE: _____ PESO: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____																																						
3	HISTÓRIA CLÍNICA: Detalhar história clínica, sintomas e evolução da doença _____ _____ _____ _____ _____																																						
4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIAGNÓSTICO: (Assinalar sinais e sintomas apresentados) 4.1 CRITÉRIOS CLÁSSICOS DE HANIFIN E RAJKA: <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">CRITÉRIOS MAIORES</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Prurido</td><td rowspan="3">Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica</td></tr></tbody></table> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">CRITÉRIOS MENORES</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Xerose</td><td><input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar</td><td><input type="checkbox"/> Escurecimento orbita</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo</td><td><input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada</td><td><input type="checkbox"/> Pitíriase alba</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Idade precoce de início</td><td><input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas</td><td><input type="checkbox"/> Prurido ao suar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ceratocone</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Eczema do mamilo</td><td><input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Queilite</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância alimentar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente</td><td rowspan="2"><input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé</td><td><input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio</td></tr></tbody></table> 4.2 CRITÉRIOS DO GRUPO DE TRABALHO DO REINO UNIDO: <table border="1"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses</td><td><input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos</td><td><input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural</td><td><input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível</td></tr></tbody></table>		CRITÉRIOS MAIORES		<input type="checkbox"/> Prurido	Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças	<input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante	<input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica	CRITÉRIOS MENORES		<input type="checkbox"/> Xerose	<input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior	<input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar	<input type="checkbox"/> Escurecimento orbita	<input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo	<input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial	<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada	<input type="checkbox"/> Pitíriase alba	<input type="checkbox"/> Idade precoce de início	<input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior	<input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas	<input type="checkbox"/> Prurido ao suar	<input type="checkbox"/> Ceratocone	<input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos	<input type="checkbox"/> Eczema do mamilo	<input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular	<input type="checkbox"/> Queilite	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar	<input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente	<input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais	<input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan	<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé	<input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio	<input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca	<input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos	<input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau	<input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural	<input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível
CRITÉRIOS MAIORES																																							
<input type="checkbox"/> Prurido	Morfologia e distribuição típicas: <input type="checkbox"/> Liquenificação ou linearidade de superfícies flexoras em adultos <input type="checkbox"/> Envolvimento de face ou de superfícies extensoras em bebês e crianças																																						
<input type="checkbox"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante																																							
<input type="checkbox"/> História pessoal ou familiar de atopia, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica																																							
CRITÉRIOS MENORES																																							
<input type="checkbox"/> Xerose	<input type="checkbox"/> Catarata subcapsular anterior																																						
<input type="checkbox"/> Ictiose/hiperlinearidade palmar/queratose pilar	<input type="checkbox"/> Escurecimento orbita																																						
<input type="checkbox"/> Reatividade imediata (tipo 1) do teste cutâneo	<input type="checkbox"/> Palidez facial/eritema facial																																						
<input type="checkbox"/> Imunoglobulina E sérica elevada	<input type="checkbox"/> Pitíriase alba																																						
<input type="checkbox"/> Idade precoce de início	<input type="checkbox"/> Dobra cervical anterior																																						
<input type="checkbox"/> Tendência para infecções cutâneas	<input type="checkbox"/> Prurido ao suar																																						
<input type="checkbox"/> Ceratocone	<input type="checkbox"/> Intolerância à lã e solventes lipídicos																																						
<input type="checkbox"/> Eczema do mamilo	<input type="checkbox"/> Acentuação perifolicular																																						
<input type="checkbox"/> Queilite	<input type="checkbox"/> Intolerância alimentar																																						
<input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente	<input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais																																						
<input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan																																							
<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé	<input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio																																						
<input type="checkbox"/> Prurido nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> História da pele geralmente seca																																						
<input type="checkbox"/> Pacientes com mais de 4 anos e histórico de início dos sintomas antes dos 2 anos	<input type="checkbox"/> História de outra doença atópica no paciente ou em parente de primeiro grau																																						
<input type="checkbox"/> História de envolvimento flexural	<input type="checkbox"/> Dermatite flexural visível																																						



5	AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave</div> 5.1 PREENCHER CLASSIFICAÇÃO: - SCORAD - <i>Scoring of Atopic Dermatitis</i> (0 a 103): _____ - EASI – <i>Eczema Area and Severity Index</i> (0 a 72): _____
6	MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): (Dose, quantidade e tempo de tratamento) _____ _____ _____
7	TRATAMENTO: Informar tratamento prévio e atual, detalhar refratariedade, intolerância, falha terapêutica, contraindicações (citar medicamentos, dose e tempo de uso de todos os medicamentos utilizados) _____ _____ _____ _____
8	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"><div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica / Nefropatias <input type="checkbox"/> Infecção aguda ou crônica ativa <input type="checkbox"/> Neoplasia em atividade <input type="checkbox"/> Gestação <input type="checkbox"/> Lactação <input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inibidores de protease</div><div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HPV</div></div>
9	PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA: - Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> - Informar se paciente já realizou tratamento para tuberculose: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Se sim, informar tempo de tratamento: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;">Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso deste medicamento.</div>
10	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">Médico</div>