



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DERMATITE ATÓPICA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																																								
2	<b>IDADE:</b> _____ <b>PESO:</b> _____		<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>DIAGNÓSTICO:</b> _____ <b>CID-10:</b> _____																																						
3	<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> Detalhar história clínica, sintomas e evolução da doença  _____ _____ _____ _____ _____																																								
4	<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA DIAGNÓSTICO:</b> (Assinalar sinais e sintomas apresentados)  <b>4.1 CRITÉRIOS CLÁSSICOS DE HANIFIN E RAJKA:</b>  <table border="1"><thead><tr><th colspan="2"><b>CRITÉRIOS MAiores</b></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"><b>CRITÉRIOS MENORES</b></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"/> Pitiríase 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"/> Quelilite</td><td><input type="checkbox"/> Intolerância alimentar</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Conjuntivite recorrente</td><td><input type="checkbox"/> Influência do curso por fatores ambientais/emocionais</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dobra infraorbitária de Dennie-Morgan</td><td><input type="checkbox"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé</td><td></td></tr></tbody></table> <b>4.2 CRITÉRIOS DO GRUPO DE TRABALHO DO REINO UNIDO:</b> <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>			<b>CRITÉRIOS MAiores</b>		<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	<b>CRITÉRIOS MENORES</b>		<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"/> Pitiríase 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"/> Quelilite	<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"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio	<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé		<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
<b>CRITÉRIOS MAiores</b>																																									
<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																																									
<b>CRITÉRIOS MENORES</b>																																									
<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"/> Pitiríase 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"/> Quelilite	<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"/> Dermografismo branco/branqueamento tardio																																								
<input type="checkbox"/> Tendência para dermatite não específica da mão ou do pé																																									
<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	<b>AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA:</b> <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
	<b>5.1 PREENCHER CLASSIFICAÇÃO:</b> - SCORAD - <i>Scoring of Atopic Dermatites</i> (0 a 103): _____ - EASI – <i>Eczema Area and Severity Index</i> (0 a 72): _____
6	<b>MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):</b> (Dose, quantidade e tempo de tratamento) _____ _____ _____
7	<b>TRATAMENTO:</b> Informar tratamento prévio e atual, detalhar refratariidade, intolerância, falha terapêutica, contraindicações ( <b>citar medicamentos, dose e tempo de uso de todos os medicamentos utilizados</b> ) _____ _____ _____
8	<b>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b> <input type="checkbox"/> Insuficiência renal crônica / Nefropatias <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Infecção aguda ou crônica ativa <input type="checkbox"/> Tratamento com fototerapia PUVA e UVB <input type="checkbox"/> Neoplasia em atividade <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Gestação <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Lactação <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos inibidores de protease
9	<b>PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA:</b> - 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: _____  <b>Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso deste medicamento.</b>
10	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:</b> _____
11	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico