



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE SISTÊMICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INFORMAR A MANIFESTAÇÃO <u>PREDOMINANTE</u>: ☐ Cutânea ☐ Vascular ☐ Pulmonar ☐ Renal
4	INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS APRESENTADAS PELO PACIENTE: ☐ Fenômeno de Raynaud ☐ Teleangiectasias ☐ Esclerodactilia ☐ Puffy fingers ☐ Úlceras digitais ☐ Doença intersticial pulmonar ☐ Hipertensão arterial pulmonar ☐ Capilaroscopia anormal (apresentar, obrigatoriamente, o laudo) ☐ Espessamento cutâneo proximal às articulações metacarpofalângicas das mãos
5	INFORMAR SE FOI REALIZADA PESQUISA DE ALGUM DOS AUTOANTICORPOS ESPECÍFICOS: (APRESENTAR, <u>OBRIGATORIAMENTE</u>, O(S) LAUDO(S)) ☐ Anticorpo Anticentrômero ☐ Antifibrilarina (Anti-RNP) ☐ Anticorpo Anti-Scl-70 ☐ Anti-RNA Polimerase I ☐ Anticorpo Anti-PM-Slc ☐ Anti-RNA Polimerase III



6	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO: ☐ Hipotensão ☐ Hepatite B ou C aguda ☐ Neoplasia maligna ☐ Insuficiência hepática grave ☐ Infecção ativa ☐ Gestação e/ou Lactação ☐ Tuberculose ☐ História recente de AVE ou Infarto agudo do miocárdio ☐ Uso de nitratos ☐ Distúrbios da retina degenerativos hereditários ☐ HIV, Linfoma, ou outra condição imunossupressora que não a própria esclerodermia ☐ Angina instável, pós-infarto, falência cardíaca grave ☐ Estenose da válvula aórtica grave ☐ Hepatopatia crônica ☐ Câncer ☐ Taxa de depuração de creatinina inferior a 30mL/min/1,73m² de superfície corporal ☐ Doença degenerativa de retina, isquemia óptica ou retinopatia proliferativa diabética ☐ Anemia falciforme, mieloma ou leucemia
7	TRATAMENTO PRÉVIOS (DETALHAR TRATAMENTOS ANTERIORES):
8	OUTRAS INFORMAÇÕES:
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico