



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HIDRADENITE SUPURATIVA - SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (características e localização das lesões, recorrência de surtos, etc.): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA: ESTÁGIO DE HURLEY: ☐ Estágio I ☐ Estágio II ☐ Estágio III IHS4: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave
4	HIDRADENITIS SUPPURATIVA CLINICAL RESPONSE (HiSCR): Indicar o quantitativo de cada um dos três tipos de lesões abaixo: (_____) Abscesso: flutuante, com ou sem drenagem, sensível ou doloroso; (_____) Nódulos inflamatórios: doloroso, eritematoso, granuloma piogênico; (_____) Fístula de drenagem: tratos sinusais com comunicação na derme, drenando secreção purulenta.
5	DETALHAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PRÉVIO (tópico e/ou sistêmico; informar falha terapêutica, intolerância e/ou contraindicações): _____ _____ _____ _____ _____
6	CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA DE MANTOUX (TESTE TUBERCULÍNICO) E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE, RELATAR: _____ _____ _____ _____



7	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Infecção bacteriana grave ☐ Infecção viral ou parasitária oportunista ☐ Insuficiência cardíaca NYHA III ou IV ☐ Infecção fúngica invasiva ☐ Hepatite B aguda ☐ Hepatite C aguda ☐ Tuberculose ativa ou latente ☐ Vacinação com vírus vivo
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HIDRADENITE SUPURATIVA - MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	INFORMAR CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (características e localização das lesões, recorrência de surtos, etc.): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	INDICAR O RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO COM ADALIMUMABE, CONSIDERANDO A FERRAMENTA HIDRADENITIS SUPPURATIVA CLINICAL RESPONSE (HiSCR) E AS RECOMENDAÇÕES DO PCDT VIGENTE: ☐ Redução de no mínimo 50% no quantitativo de abscessos e nódulos inflamatórios, sem aumento do número de abscessos e fístulas com drenagem. ☐ Redução de 25% a 49% no quantitativo de abscessos e nódulos inflamatórios, sem aumento do número de abscessos e fístulas com drenagem. ☐ Redução menor que 25% no quantitativo de abscessos e nódulos inflamatórios, sem aumento do número de abscessos e fístulas com drenagem. ☐ Nenhum dos resultados acima. Detalhar: _____ _____ _____ _____
4	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____ _____
5	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico