



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – PSORÍASE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____		
2	HISTÓRIA CLÍNICA: 2.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: 		
	2.2 GRAVIDADE DA DOENÇA: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave		
	Escore PASI:	Acometimento da superfície corporal (%)	DLQI:
	Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: ☐ Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas). ☐ Psoríase palmo-plantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses. ☐ Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.		
	2.3 TRATAMENTOS PRÉVIOS (DETALHAR FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA E CONTRAINDICAÇÕES): 		



3	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="0"><tr><td>☐ Insuficiência hepática grave</td><td>☐ Acne vulgar</td></tr><tr><td>☐ Insuficiência renal grave</td><td>☐ Infecções do couro cabeludo</td></tr><tr><td>☐ Anemia</td><td>☐ Dermatite perioral</td></tr><tr><td>☐ Hipertrigliceridemia grave</td><td>☐ Prurido sem inflamação</td></tr><tr><td>☐ Etilismo</td><td>☐ Infecções cutâneas não tratadas</td></tr><tr><td>☐ Gestação, lactação e concepção</td><td>☐ Rosácea</td></tr><tr><td>☐ Hipoplasia medular</td><td>☐ Prurido genital e perianal</td></tr><tr><td>☐ Trombocitopenia</td><td>☐ Infecção por HIV</td></tr><tr><td>☐ Síndromes de imunodeficiência</td><td>☐ Hepatite B</td></tr><tr><td>☐ Infecções ativas</td><td>☐ Hepatite C</td></tr><tr><td>☐ Leucopenia</td><td>☐ Artrite psoriásica</td></tr><tr><td>☐ Tratamento com fototerapia PUVA e UVB</td><td>☐ Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA</td></tr><tr><td>☐ Hipercalcemia</td><td></td></tr></table>	☐ Insuficiência hepática grave	☐ Acne vulgar	☐ Insuficiência renal grave	☐ Infecções do couro cabeludo	☐ Anemia	☐ Dermatite perioral	☐ Hipertrigliceridemia grave	☐ Prurido sem inflamação	☐ Etilismo	☐ Infecções cutâneas não tratadas	☐ Gestação, lactação e concepção	☐ Rosácea	☐ Hipoplasia medular	☐ Prurido genital e perianal	☐ Trombocitopenia	☐ Infecção por HIV	☐ Síndromes de imunodeficiência	☐ Hepatite B	☐ Infecções ativas	☐ Hepatite C	☐ Leucopenia	☐ Artrite psoriásica	☐ Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	☐ Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA	☐ Hipercalcemia	
☐ Insuficiência hepática grave	☐ Acne vulgar																										
☐ Insuficiência renal grave	☐ Infecções do couro cabeludo																										
☐ Anemia	☐ Dermatite perioral																										
☐ Hipertrigliceridemia grave	☐ Prurido sem inflamação																										
☐ Etilismo	☐ Infecções cutâneas não tratadas																										
☐ Gestação, lactação e concepção	☐ Rosácea																										
☐ Hipoplasia medular	☐ Prurido genital e perianal																										
☐ Trombocitopenia	☐ Infecção por HIV																										
☐ Síndromes de imunodeficiência	☐ Hepatite B																										
☐ Infecções ativas	☐ Hepatite C																										
☐ Leucopenia	☐ Artrite psoriásica																										
☐ Tratamento com fototerapia PUVA e UVB	☐ Insuficiência cardíaca congestiva classes III e IV de NYHA																										
☐ Hipercalcemia																											
4	PARA SOLICITAÇÕES DE METOTREXATO E/OU CICLOSPORINA: Informar se o(a) paciente apresenta tuberculose sem tratamento (ativa ou latente): SIM ☐ NÃO ☐ Atenção: Tuberculose sem tratamento constitui contraindicação ao uso destes medicamentos.																										
5	PARA SOLICITAÇÃO DE SECUQUINUMABE, USTEQUINUMABE OU RISANQUIZUMABE: Justificar a indicação do medicamento prescrito e o motivo da não prescrição de adalimumabe. 																										
6	PARA SOLICITAÇÕES DE ADALIMUMABE, ETANERCEPTE, USTEQUINUMABE, SECUQUINUMABE E RISANQUIZUMABE, CASO NÃO TENHA SIDO POSSÍVEL REALIZAR A PROVA TUBERCULÍNICA (PT) /IGRA E/OU JÁ TENHA REALIZADO TRATAMENTO COMPLETO PARA TUBERCULOSE (TB) ATIVA OU TRATAMENTO DE INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (ILTb), RELATAR: 																										
7	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: 																										
8	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																										