



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – LÚPUS ERITEMATOSO

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>PREENCHER UM DOS SEGUINtes CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:</b> ACR ( <i>American College of Reumatology 1982/1997</i> ) <u>OU</u> SLICC 2012 <u>OU</u> Eular/ACR 2019  <b>OBSERVAÇÕES:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Exames que não estão incluídos no <i>checklist</i> e que possam comprovar alteração renal, hematológica ou imunológica, devem ser anexados ao processo, <u>mesmo que antigos</u>.</li><li>• Para os exames <i>Fator Antinuclear (FAN)</i>, <i>Anti-DNA nativo</i>, <i>Anti-SM</i>, <i>Anticorpos Antifosfolípides</i>, <i>Anti-Ro/SSA</i>, <i>Anti-La/SSB</i> e os complementos <i>C3</i> e <i>C4</i>: Como comprovação dos critérios de inclusão estabelecidos no PCDT, devem ser anexados os exames que apresentaram alterações e fundamentaram o diagnóstico, <u>mesmo que antigos</u>.</li></ul>
<b>2.1 ACR (<i>American College of Reumatology</i>):</b>  <input type="checkbox"/> Eritema malar <input type="checkbox"/> Lesão discoide <input type="checkbox"/> Poliartrite não erosiva periférica <input type="checkbox"/> Úlcera oral <input type="checkbox"/> Fotossensibilidade <input type="checkbox"/> Serosite: pleurite ou pericardite <input type="checkbox"/> Anticorpo antinuclear (FAN) <input type="checkbox"/> Alteração renal - Especifique: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Alteração neurológica - Especifique: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Alterações hematológicas - Especifique: _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Alterações imunológicas - Especifique: _____ _____ _____	



## 2.2 Critérios SLICC 2012:

Critérios Clínicos	Critérios Imunológicos
<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo <input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo crônico <input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial <input type="checkbox"/> Úlceras orais ou nasais <input type="checkbox"/> Alterações articulares <input type="checkbox"/> Serosites <input type="checkbox"/> Alterações renais <input type="checkbox"/> Alterações neurológicas <input type="checkbox"/> Anemia hemolítica <input type="checkbox"/> Leucopenia ou linfopenia <input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Fator Antinuclear <input type="checkbox"/> Anti-DNA nativo <input type="checkbox"/> Anti-Sm <input type="checkbox"/> Antifosfolipídeos <input type="checkbox"/> Complementos reduzidos <input type="checkbox"/> Coombs direto

## 2.3 Critérios Eular/ACR 2019:

DOMÍNIO	PONTOS	DOMÍNIO	PONTOS
<b>Domínio Constitucional</b>		<b>Domínio hematológico</b>	
<input type="checkbox"/> Febre	2	<input type="checkbox"/> Leucopenia	3
<b>Domínio Cutâneo</b>			<input type="checkbox"/> Plaquetopenia
<input type="checkbox"/> Alopecia não cicatricial	2	<input type="checkbox"/> Hemólise autoimune	4
<input type="checkbox"/> Úlceras orais	2	<b>Domínio renal</b>	
<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo subagudo ou Lúpus Eritematoso Discoide	4	<input type="checkbox"/> Proteinúria $\geq 0,5$ g/24 horas	4
<input type="checkbox"/> Lúpus cutâneo agudo	6	<input type="checkbox"/> Biópsia renal classe II ou nefrite lúpica classe V	8
<b>Domínio articular</b>		<input type="checkbox"/> Biópsia renal classe III ou nefrite lúpica classe IV	10
<input type="checkbox"/> Sinovite ou dor à palpação $\geq 2$ articulações e rigidez matinal $\geq 30$ minutos	6	<b>Domínio dos anticorpos antifosfolipídicos</b>	
<b>Domínio neurológico</b>		<input type="checkbox"/> aCL (IgG $> 400$ PL ou anti-B2GPI IgG $> 40$ ou LAC+)	2
<input type="checkbox"/> Delírio	2	<b>Domínio complemento</b>	
<input type="checkbox"/> Psicose	3	<input type="checkbox"/> C3 baixo ou C4 baixo	3
<input type="checkbox"/> Convulsão	5	<input type="checkbox"/> C3 e C4 baixos	4
<b>Domínio serosas</b>		<b>Domínio dos anticorpos específicos</b>	
<input type="checkbox"/> Derrame pleural ou pericárdico	5	<input type="checkbox"/> Anti-dsDNA	6
<input type="checkbox"/> Pericardite aguda	6	<input type="checkbox"/> Anti-Smith	6

Fonte: European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology<sup>38</sup>. Legenda: aCL: Anticorpos anticardiolipina; anti-B2GPI: Anticorpos anti-beta2 glicoproteína 1; LAC: Anticoagulante lúpico.



3	<p><b>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Uso concomitante de primaquina</li> <li><input type="checkbox"/> Lactação</li> <li><input type="checkbox"/> Concepção</li> <li><input type="checkbox"/> Gestação</li> <li><input type="checkbox"/> Maculopatia associada aos antimaláricos</li> <li><input type="checkbox"/> Neoplasia maligna em atividade</li> <li><input type="checkbox"/> Tuberculose</li> <li><input type="checkbox"/> Imunossupressão (aids, linfoma e outros)</li> <li><input type="checkbox"/> Doença hematológica grave</li> <li><input type="checkbox"/> Infecção ativa</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatites B ou C agudas</li> <li><input type="checkbox"/> Hipertensão não controlada</li> <li><input type="checkbox"/> Porfiria</li> <li><input type="checkbox"/> Doença cardíaca grave</li> <li><input type="checkbox"/> Sangramento uterino anormal</li> <li><input type="checkbox"/> Elitismo</li> <li><input type="checkbox"/> Úlcera péptica ativa</li> <li><input type="checkbox"/> Acometimento hepático grave</li> <li><input type="checkbox"/> Abuso de drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Acometimento renal grave</li> <li><input type="checkbox"/> Cirrose</li> <li><input type="checkbox"/> Obstrução do trato urinário</li> </ul>
4	<p><b>PARA PACIENTES COM NEFRITE LÚPICA QUE NÃO REALIZARAM A BIÓPSIA RENAL:</b></p> <p>Justificar a ausência do exame e a indicação do medicamento, conforme preconizado no PCDT.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
	<p>A biópsia renal deve ser feita, sempre que possível e quando houver indicação. Quando não for possível, o tratamento deve ser orientado com base na inferência da classe histológica baseado em dados clínicos (como hipertensão arterial) e laboratoriais (creatinina, urina tipo I, proteinúria 24 horas ou relação proteína/creatinina).</p>
	<p style="text-align: right;">Portaria Conjunta nº 21, de 01 de novembro de 2022</p>
5	<p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
6	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p>
	<p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p>
	<p>Assinatura e carimbo: _____</p>
	<p style="text-align: right;">Médico</p>