FORMULÁRIO DE ACESSO - PSORÍASE

PORTARIA CONJUNTA Nº 18, DE 14 DE OUTUBRO DE 2021

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	**CRM:**	**UF:**
CID-10:	**Data do preenchimento:** / /	

Declaro que o(a) paciente apresenta os critérios de inclusão, seguindo com o relato do tratamento prévio conforme indicados abaixo:

Assinalar qual característica apresenta a seguir para o diagnóstico de psoríase de acordo com apresentação clínica da doença (critério de inclusão):	SIM	NÃO
a) Psoríase Cutânea Tegumentar Leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios em relato médico: Escore PASI ≤ 10; Acometimentos ≤ 10% da superfície corporal ou DLQI ≤ 10.	( )	( )
b) Psoríase Cutânea Tegumentar Moderada a Grave definida por um dos seguintes critérios em relato médico: Escore PASI > 10; Acometimentos > 10% da superfície corporal ou DLQI > 10.	( )	( )
c) Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas).	( )	( )
d) Psoríase palmoplantar 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.	( )	( )
e) Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos (corticosteroides e análogos da vitamina D) e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.	( )	( )

Inserir o resultado de avaliação das lesões para, pelo menos, um dos indicadores:	**Resultado antes do tratamento**	**Resultado atual ou após 6 meses de tratamento**
a) Psoriasis Area and Severity Index (Escore PASI) – preferencialmente;	( )	( )
b) Acometimento percentual da superfície corporal (Body Surface Area %);	( )	( )
c) Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI)	( )	( )

Assinalar qual o TRATAMENTO PRÉVIO ao uso do medicamento solicitado:	SIM
Corticosteróides tópicos (Clobetasol);	( )
Calcipotriol;	( )
Fototerapia;	( )
Metotrexato (1a etapa do tratamento sistêmico da 1a linha);	( )
*Acitretina (2a etapa do tratamento sistêmico da 1a linha; ou 1a etapa da 1a linha em psoríase pustulosa ou eritrodérmica);	( )
Ciclosporina (3a etapa do tratamento sistêmico da 1a linha);	( )
Adalimumabe ou Etanercepte (1a etapa do tratamento sistêmico da 2a linha);	( )
Secuquinumabe, Ustequinumabe ou Risanquizumabe (2a etapa do tratamento sistêmico da 2a linha);	( )

*A acitretina pode ser utilizada como primeira linha no caso de psoríase pustulosa ou eritrodérmica.

Declaro, para fins de solicitação do medicamento objeto desde processo, que o(a) paciente NÃO apresenta nenhum critério de exclusão para uso do medicamento prescrito.

Justificativa médica (incluindo pacientes em uso do medicamento e em situação especial):

_____
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)