



RELATÓRIO MÉDICO – DERMATITE ATÓPICA CICLOSPORINA

(Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 34, de 20 de dezembro de 2023)



Paciente:

Data de Nascimento:

Com diagnóstico de DERMATITE ATÓPICA, CID-10: L20.0 L20.8

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Critérios Clássicos de Hanifin e Rajka:

Critérios Maiores (assinalar 3 ou mais):

- Prurido História pessoal ou familiar de atopia
 Morfologia, distribuição e características das lesões Dermatite crônica ou cronicamente recidivante

Critérios Menores/Fatores Associados (assinalar 3 ou mais):

- Aumento IgE sérico Intolerância a determinados alimentos, a lã e a solventes lipídicos
 Infecções de pele recorrentes Conjuntivite recorrente, Catarata subcapsular anterior e ceratocone
 Xerose Prega infraorbital de Dennie-Morgan, Escurecimento periorbital
 Prurido induzido pelo suor Queilite
 Dermografismo branco Acentuação das dobras anteriores do pescoço
 Ictiose Eczema no mamilo
 Couro cabeludo com descamação crônica Hiperlinearidade palmar
 Acentuação perifolicular Dermatite recorrente nas mãos e nos pés
 Pityriase alba Exacerbação dos sintomas resultantes de fatores ambientais ou emocionais
 Queratose pilar

Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido:

Prurido na pele nos últimos 12 meses mais: (assinalar 3 ou mais)

- Início antes dos 2 anos de idade

- História de envolvimento flexural História pessoal/familiar de asma e rinite alérgica
 Dermatite flexural visível (ou foto) História de pele seca generalizada

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Escala utilizada: EASI SCORAD POEM PO-SCORAD VIGA-AD IGA Prurido-NRS

Valor/Gravidade: _____ / _____

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (obrigatório assinalar a alternativa que se aplica ou não ao paciente):

O paciente apresenta:

Insuficiência renal crônica	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Neoplasia em atividade	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Lactação	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Infecção aguda ou crônica ativa	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Hipertensão não controlada	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Informar independente do caso: PAS: _____ PAD: _____	
Hipersensibilidade ao medicamento e o uso simultâneo de fototerapia	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Uso com cautela em pacientes com HIV, HCV, HBV e HPV	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

Data: ____ / ____ / ____ . Médico Assistente: _____ (Assinatura e carimbo)