



RELATÓRIO MÉDICO – DERMATITE ATÓPICA GRAVE DUPILUMABE

(Portaria SESDF nº 176 de 06 de maio de 2025)



Paciente:

Data de Nascimento:

Gestante: SIM Não

Lactante: SIM Não

CID-10: L20.8 L20.9

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
 Pitiríase alba Exacerbação dos sintomas resultantes de fatores ambientais ou
 Queratose pilar emocionais

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

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE: SCORAD: _____ **OU** EASI: _____

CRITÉRIOS DE QUALIDADE DE VIDA: DLQI-BRA: _____

OUTROS CRITÉRIOS

Paciente sem melhora com uso do tratamento habitual (hidratação e uso de corticosteroides tópicos) ? SIM NÃO

Paciente refratário (a) ao uso de Ciclosporina sistêmica? _____, SE NÃO, SIM NÃO

Tem contraindicação a este medicamento? _____, SE SIM, **Por que? (justificar no verso)** SIM NÃO

Paciente com necessidade de uso de Corticoide oral > 5 ciclos no último/ano? SIM NÃO

Paciente com infecções cutâneas de repetição? SIM NÃO

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

Falta de adesão aos medicamentos (corticoides e inibidores de calcineurina tópicos), emolientes, cuidados com a pele SIM NÃO

Dermatite atópica grave com fator desencadeante conhecido (alimento) SIM NÃO

Outras dermatites como a seborreica e de contato ou lesões de pele como escabiose, psoríase, hanseníase e outras não tratadas SIM NÃO

Doenças oncológicas, autoimunes, autoinflamatórias não controladas SIM NÃO

Qualquer contraindicação ao uso do medicamento descrito SIM NÃO

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