



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

Crítérios Clássicos de Hanifin e Rajka:

Crítérios Maiores (assinalar 3 ou mais):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Prurido | <input type="radio"/> História pessoal ou familiar de atopia |
| <input type="radio"/> Morfologia, distribuição e características das lesões | <input type="radio"/> Dermatite crônica ou cronicamente recidivante |

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

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

- Crítérios do grupo de trabalho do Reino Unido:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Início antes dos 2 anos de idade | <input type="radio"/> Dermatite flexural visível (ou foto) |
| <input type="radio"/> História de envolvimento flexural | <input type="radio"/> História pessoal/familiar de asma e rinite alérgica |
| | <input type="radio"/> 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)