



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO
E POLÍTICAS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DA
REGULAÇÃO DAS REDES ASSISTENCIAIS

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DERMATOLOGIA

Central de Marcação de Consulta (CMC)

DADOS PESSOAIS

(* Campos de preenchimento obrigatório)

* Nome completo: _____
* Nome da mãe: _____
* Data de nascimento: _____ * Idade: _____ * Sexo: _____ Cartão SUS: _____
* Endereço: _____
* Tel. Contato no D.F.: _____ * CPF: _____
Assinale nos campos abaixo a (s) ocorrência (s) encontradas (s):

DERMATOLOGIAS CLÍNICAS (Atenção Básica → Atenção Especializada)

☐ Alergias cutâneas – L23 ☐ Piodermites – L08 ☐ Micoses superficiais – B35; B36 ☐ Ectoparasitoses – Todas as opções resistentes a dois ciclos de tratamento (citar): _____ (CID) _____
☐ Acne grave, leve ou moderada resistente a tratamento de no mínimo 03 meses (citar) –L70 _____

Sinais prováveis de Hanseníase – A30

☐ Manchas com alterações de sensibilidade.
☐ Qualquer alteração cutânea de sensibilidade.
☐ Nervo periférico espessado com ou sem dor.

Sinais prováveis de Câncer (CID: _____):

☐ Sinal (pinta ou verruga) congênito ou adquirido na infância ou juventude, que esteja modificando de aspecto aumentado ou diminuído, alterando a forma ou cor, sangramento facilmente aos pequenos traumas ou apresentando sintomas subjetivos (prurido, ardor ou hiperestesia).
☐ Sinal escuro ou róseo de surgimento recente (meses ou alguns anos), diferente de outros existentes na pele.
☐ Feridas que não cicatrizam (inclusive de alguns milímetros), particularmente nas faces e nas orelhas.
☐ Alterações da pele de aspecto brilhante, perolado, translúcido, que pode ser plana, elevada ou deprimida.
☐ Lábios que apresentem manchas brancas persistentes, fissuras ou feridas.
☐ Caso suspeito de Melanoma.
☐ Portadores de Lesões Melanocíticas múltiplas para seguimento dermatoscópico (adultos ou jovens com grande número de pintas ou sinais adquiridos na infância ou na juventude).
☐ Outras Dermatopatias não enquadradas nas situações acima.

MARCAÇÃO SOB REGULAÇÃO

RISCO

☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto

CONDIÇÃO CLÍNICA

Justificativa de encaminhamento prioritário:

DADOS DA UNIDADE SOLICITANTE

Unidade solicitante: _____ Data da solicitação: ____/____/____
Médico solicitante: _____ CRM-DF _____

DERMATOLOGIA CIRÚRGICA

(Atenção Especializada)

DERMATOLOGIA CIRÚRGICA

Destinado aos pacientes previamente avaliados por dermatologista e que já tenham indicação de procedimento cirúrgico

☐ Indicação formal de Cirurgia ambulatorial.
☐ Criocirurgia de Tumor Malígnico.
☐ Terapia Fotodinâmica.
☐ Dermatoscopia com biópsia.
☐ Outros _____

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE EXECUTANTE

Unidade: _____

CID₅ – DERMATOLOGIA

| | |
|---|--|
| A30 Hanseníase [doença de Hansen] | B35 Dermatofitose |
| A46 Erisipela | B37 Candidíase |
| A18.4 Tuberculose de pele e do tecido celular subcutâneo | B55 Leishmaniose |
| A22 Carbúnculo | B74 Filariose |
| B00 Infecção pelo vírus do herpes [herpes simples] | B85 Pediculose e ftiíase |
| B02 Herpes zoster [Zona] | <u>B86 Escabiose [sarna]</u> |
| B07 Verruga de origem viral | B87 Miíase |
| B08 Outras infecções virais caracterizadas por lesões da pele e das membranas mucosas, não classificadas em outra parte | B89 Doença parasitária não especificada |
| L01 Impetigo | C44 Neoplasia maligna de pele |
| L02 Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz | D22 Nevos melanócitos |
| L03 Celulite (Flegmão) | L60 Afecções das unhas |
| L10 Pênfigo | L63 Alopecia areata |
| L12 Penfigóide | L64 Alopecia androgênica |
| L20 Dermatite atópica | L66 Alopecia cicatricial [perda de cabelos ou pelos, cicatricial] |
| L21 Dermatite seborreica | L68 Hipertricose |
| L22 Dermatite das fraldas | L70 Acne |
| L23 Dermatite alérgica de contato | L71 Rosácea |
| L25 Dermatite de contato não especificada | L72 Cistos foliculares da pele e do tecido subcutâneo |
| L26 Dermatite esfoliativa | L80 Vitiligo |
| L28 Líquen simples crônico e prurigo | L81 Outros Transtornos de pigmentação |
| L29 Prurido | L82 Ceratose seborreica |
| L30 Outra dermatites | L83 Acantose nigricans |
| L40 Psoríase | L84 Calos e calosidades |
| L41 Parapsoríase | L88 Piodermite gangrenosa |
| L42 Pitiríase rósea | L89 Úlcera de decúbito |
| L43 Líquen plano | L90 Afecções atróficas da pele |
| L44 Outras afecções pápulo-descamativas | L91 Afecções hipertróficas da pele |
| L45 * Afecções pápulo-descamativas em doenças classificadas em outra parte | L92 Afecções granulomatosas da pele e do tecido subcutâneo |
| L51 Eritema polimorfo (eritema multiforme) | L93 Lúpus eritematoso |
| L52 Eritema nodoso | L95 Vasculite limitada à pele não classificadas em outra parte |
| <u>L53 Outras afecções eritematosas</u> | L97 Úlcera dos membros inferiores não classificadas em outra parte |
| <u>L55 Queimadura solar</u> | M32 Lúpus Eritematoso Disseminado (Sistêmico) |
| L58 Radiodermatite | |

Observações:

SOLICITAÇÃO DE RETORNO

| | | |
|----------------------------|----------------------------|---------------|
| Data: ____/____/____ | Médico solicitante: _____ | CRM-DF: _____ |
| Unidade solicitante: _____ | | |
| CID-10 _____ | Nome do ambulatório: _____ | |
| Data: ____/____/____ | Médico solicitante: _____ | CRM-DF: _____ |
| Unidade solicitante: _____ | | |
| CID-10 _____ | Nome do ambulatório: _____ | |
| Data: ____/____/____ | Médico solicitante: _____ | CRM-DF: _____ |
| Unidade solicitante: _____ | | |
| CID-10 _____ | Nome do ambulatório: _____ | |