

**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE PSORÍASE**
Portaria Conjunta SAES/SCTIES/MS nº 18 de 14 de outubro de 2021

Declaro, para fins de solicitação do medicamento objeto desde processo, que o(a) paciente _____ **NÃO apresenta critérios de exclusão E 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: <i>Escore PASI</i> ≤ 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: <i>Escore PASI</i> > 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, <u>pelo menos</u> , um dos indicadores:	Resultado antes do tratamento	Resultado atual ou após 6 meses de tratamento
a) Psoriasis Area and Severity Index (<i>Escore PASI</i>) – 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);	

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

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data