



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO
PORTARIA CONJUNTA Nº 21, DE 01 DE NOVEMBRO DE 2022



Sr.(a) _____ está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a):

- ☐ M32.1 Lúpus eritematoso disseminado (sistêmico) com comprometimento de outros órgãos e sistemas.
- ☐ M32.8 Outras formas de lúpus eritematoso disseminado (sistêmico)
- ☐ L93.0 Lúpus eritematoso discóide
- ☐ L93.1 Lúpus eritematoso cutâneo subagudo

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos e foi diagnosticado com base nos critérios do American College of Rheumatology (ACR) de 1982 e revisados em 1997:

Atualmente preenchendo () dos 11 critérios do ACR.

O diagnóstico é estabelecido a partir da presença de pelo menos 4 dos 11 critérios de classificação, conforme descritos abaixo.

- ☐ Eritema malar: eritema fixo, plano ou elevado nas eminências malares, tendendo a poupar a região nasolabial.
- ☐ Lesão discoide: lesão eritematosa, infiltrada, com escamas queratóticas aderidas e tampões foliculares, que evolui com cicatriz atrófica e discromia.
- ☐ Fotossensibilidade: eritema cutâneo resultante de reação incomum ao sol, por história do paciente ou observação do médico.
- ☐ Úlcera oral: ulceração oral ou nasofaríngea, geralmente não dolorosa, observada pelo médico.
- ☐ Artrite: artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame.
- ☐ Serosite: a) pleurite – história convincente de dor pleurítica ou atrito auscultado pelo médico ou evidência de derrame pleural; ou b) pericardite – documentada por eletrocardiografia ou atrito ou evidência de derrame pericárdico.
- ☐ Alteração renal: a) proteinúria persistente de mais de 0,5 g/dia ou acima de 3+ (+++) se não quantificada; ou b) cilindros celulares – podem ser hemáticos, granulares, tubulares ou mistos.
- ☐ Alteração neurológica: a) convulsão – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos); ou b) psicose – na ausência de fármacos implicados ou alterações metabólicas conhecidas (por exemplo, uremia, cetoacidose, distúrbios hidroeletrólíticos).
- ☐ Alterações hematológicas: a) anemia hemolítica com reticulocitose; ou b) leucopenia de menos de 4.000/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou c) linfopenia de menos de 1.500/mm³ em duas ou mais ocasiões; ou d) trombocitopenia de menos de 100.000/mm³ na ausência de uso de fármacos causadores.
- ☐ Alterações imunológicas: a) presença de anti-DNA nativo; ou b) presença de anti-Sm; ou c) achados positivos de anticorpos antifosfolípidios baseados em concentração sérica anormal de anticardiolipina IgG ou IgM, em teste positivo para anticoagulante lúpico, usando teste-padrão ou em VDRL falso-positivo, por pelo menos 6 meses e confirmado por FTA-Abs negativo.
- ☐ Anticorpo antinuclear (FAN): título anormal de FAN por imunofluorescência ou método equivalente em qualquer momento, na ausência de fármacos sabidamente associados ao lúpus induzido por fármacos.

A doença está persistente e em atividade com SLEDAI de _____.

Necessita de tratamento específico para controle de sua doença, com uso por tempo indeterminado dos medicamentos abaixo assinalados:

- ☐ Azatioprina 50mg- 1mg – 3mg/kg/dia.
- ☐ Ciclosporina 10, 25, 50 e 100mg– de 3mg – 6 mg/kg/dia.
- ☐ Danazol 100 ou 200mg: dose inicial de 100 mg, 2 vezes /dia, por via oral, durante 30 dias, aumentando progressivamente até 400 mg, 2 vezes /dia.
- ☐ Hidroxicloroquina 400mg – 400mg/dia.
- ☐ Metotrexate 2,5mg- até 25 mg/semanal.
- ☐ Micofenolato de Mofetila 500mg.

Paciente não preenche nenhuma das contra-indicações absolutas para uso da terapêutica escolhida que será usada conforme prescrição em anexo.

Justificativa para opção terapêutica e tempo de uso (campo obrigatório):

Obs.: Consentimento informado – É obrigatório a cientificação do paciente, ou de seu responsável legal, dos potenciais de riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos, o que deverá ser formalizado por meio de assinatura de Termo de Consentimento Informado.

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____

CRM/DF: _____ TELEFONE PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____ INSTITUIÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO