RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
ESCLEROSE SISTÊMICA
PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS Nº 16, DE 10 DE AGOSTO DE 2022

Sr. (a)_____

CPF Nº_____está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) :

- ◯ M34.0 Esclerose sistêmica progressiva
- ◯ M34.1 Síndrome CREST
- ◯ M34.8 Outras formas de esclerose sistêmica

A enfermidade teve início há aproximadamente___anos e foi diagnosticado com base nos critérios do American College of Rheumatology (ACR) que classifica o paciente de ES na presença do critério maior ou pelo menos dois dos critérios menores:

- ◯ critério maior: fibrose simétrica da pele proximal às metacarpofalangianas oumetatarsofalangianas;
- ◯ critérios menores: 2 ou mais das seguintes manifestações:
  - ◯ Esclerodactilia
  - ◯ Úlceras ou microcicatrizes ou perda de substância das polpas digitais
  - ◯ Fibrose pulmonar bilateral.

A doença está persistente e em atividade e necessita de tratamento específico para controle de sua doença, com uso por tempo indeterminado dos medicamentos abaixo assinalados:

- ◯ Metotrexate 2,5mg- até 25 mg/semanal.
- ◯ Sildenafila 25 e 50mg: 50 mg, 2-3 vezes ao dia, por via oral.
- ◯ Penicilamina: 125 mg/dia, por via oral, em dias alternados.
- ◯ Azatioprina50 mg- 1mg – 3mg/kg/dia.

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

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

Exames subsidiários anexados:

- ◯ VHS.
- ◯ Hemograma completo
- ◯ PCR
- ◯ TGO e TGP
- ◯ Ureia e creatinina
- ◯ Exame qualitativo de urina
- ◯ Antitopoisomerase I (anti-Scl-70)
- ◯ Anticorpo anticentrômero

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

DATA: _____

_____

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO