



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

Critérios Clássicos de Hanifin e Rajka:

Critérios Maiores (assinalar 3 ou mais):

- | | |
|---|---|
| ☐ Prurido | ☐ História pessoal ou familiar de atopia |
| ☐ Morfologia, distribuição e características das lesões | ☐ Dermatite crônica ou cronicamente recidivante |

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

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

- Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido:

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

- | | |
|---|---|
| ☐ Início antes dos 2 anos de idade | ☐ Dermatite flexural visível (ou foto) |
| ☐ História de envolvimento flexural | ☐ História pessoal/familiar de asma e rinite alérgica |
| | ☐ História de pele seca generalizada |

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE E QUALIDADE DE VIDA

SCORAD: _____ OU EASI: _____ + 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)