



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE - CATES
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DIASF
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA - GCEAF

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dermatomiosite e Polimiosite.
PORTARIA Nº 1692, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2016

O(a) Sr. (a) _____ registro Nº _____
está em acompanhamento regular em consultório médico, é portadora (a) de:
 M33.0 Dermatomiosite juvenil
 M33.1 Outras dermatomiosites
 M33.2 Polimiosite

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos e foi diagnosticado com base nos critérios clássicos descritos por Bohan e Peter. Preenche _____ desses critérios, abaixo assinalados:

Serão incluídos neste protocolo de tratamento os pacientes com diagnóstico **provável ou definitivo de DM ou PM.**

Crítérios diagnósticos:

- fraqueza muscular proximal das cinturas pélvica e escapular;
- evidência de miosite à biópsia muscular – os parâmetros mais utilizados para evidenciar inflamação muscular incluem necrose de fibras musculares dos tipos I e II; fagocitose de elementos celulares; degeneração e regeneração de fibras musculares com variação em seus diâmetros; e infiltrado linfomonocitário endomisial, perimisial, perivascular ou intersticial;
- elevação de qualquer enzima muscular sérica – creatinofosfoquinase (CPK) ou aldolase ou desidrogenase láctica (DHL) ou aminotransferases (em particular, a aspartatoaminotransferase)
- eletromiografia compatível com miopatia – potenciais de unidade motora polifásicos de baixa amplitude e de curta duração; fibrilações, mesmo em repouso; descargas de formato bizarro e repetitivas;
- lesões cutâneas características de DM – heliótopo; pápulas de Gottron; sinal de Gottron.*

Crítérios diagnósticos:

Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Dermatomiosite	<input type="checkbox"/> Polimiosite
<input type="checkbox"/> Definitivo	Presença de 4 critérios*	Presença de 4 critérios
<input type="checkbox"/> Provável	Presença de 3 critérios*	Presença de 3 critérios
<input type="checkbox"/> Possível	Presença de 2 critérios*	Presença de 2 critérios

*Acrescido do último critério, característico de DM.

A doença está persistente e em atividade.

Necessita de tratamento específico para controle de sua doença, com uso por tempo indeterminado do(s) medicamentos abaixo assinalados:

- Prednisona** comprimidos de 5 e 20 mg: iniciar com 1 mg/kg/dia por VO (no máximo 80 mg/dia), mantendo-se essa dose por 6 a 8 semanas; se houver controle da doença, iniciar diminuição gradual da dose, reduzindo-se até 20% da dose vigente a cada 4 semanas até atingir 10 mg/dia. Manter corticoterapia conforme evolução clínica até completar 9 a 12 meses de tratamento.
- Metilprednisolona** pó para solução injetável de 500 mg (pulsoterapia): administrar 1.000 mg por via IV ao longo de 1 hora por 3 dias consecutivos; repetir mensalmente conforme resposta terapêutica. Para pacientes pediátricos, a dose é de 30 mg/kg, chegando ao máximo 1.000 mg/dia
- Hidroxicloroquina** – 400mg/dia.
- Metotrexate** comprimidos de 2,5 mg ou solução injetável de 25 mg/mL, até 25 mg/semanal. Iniciar com 15 mg/semana por VO, subcutânea, intramuscular ou IV, podendo a dose ser aumentada até 25 mg/semana. Nos pacientes pediátricos, a dose é de 15 mg/m²/semana
- Ciclosporina** cápsulas de 10, 25, 50, 100 mg e solução oral de 100 mg/mL – 50 mL – de 3mg – 6 mg/kg/dia. iniciar com 3-5 mg/kg/dia divididos em duas doses, tanto em crianças como adultos, podendo-se aumentar até a dose máxima de 6 mg/kg/dia.
- Ciclofosfamida** pó para solução injetável de 200 mg e 1g: administrar 300 a 800 mg/m² por via IV a cada 4 semanas.
- Azatioprina** comprimidos de 50 mg 1mg – 3mg/kg/dia. iniciar com 50 mg/dia, por VO, aumentando 50 mg quinzenalmente até a dose total de 2-3 mg/kg/dia. Para crianças, iniciar com dose 0,5 mg/kg/dia com mesmo alvo adotado para os adultos.
- Imunoglobulina humana** frasco-ampola de 0,5 g, 1 g, 2,5 g, 3 g, 5 g e 6 g: 1 g/kg/dia por 2 dias ou 0,4 g/kg/dia por 5 dias, com dose máxima de 70 g, repetidas mensalmente por 3 a 6 meses em adultos. Para crianças, a dose de 1 g/kg/dia por 2 dias deve ser realizada a cada 2 semanas inicialmente até completar 5 doses e posteriormente mantida mensalmente por até 2 anos

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):

Exames subsidiários anexados:

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> VHS. | <input type="checkbox"/> Biópsia muscular | <input type="checkbox"/> TGO e TGP ^a |
| <input type="checkbox"/> PCR. | <input type="checkbox"/> Hemograma completo | <input type="checkbox"/> Eletroencefalografia |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Uréia e Creatinina ^a | <input type="checkbox"/> Teste de gravidez ^{a,b} |

^{a)} **Em caso de uso de Metotrexato**

^{b)} **Em caso de uso de Azatioprina**

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: _____ INSTITUIÇÃO: _____

TELEFONE PARA CONTATO: _____ E-MAIL: _____

DATA: _____

Assinatura do Médico Assistente e Carimbo