



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)
POR MEIO DO CEFAP PARA O TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA**

Portaria Conjunta nº 34, de 20 de dezembro de 2023



Declaro, para os devidos fins, que a(o) _____
paciente _____ apresenta

Dermatite Atópica (DA) definida por:

→ **UM** dos seguintes instrumentos de diagnóstico:

Critérios clássicos de **Hanifin e Rajka** (quadro 3 do PCDT): 3 ou mais critérios maiores + 3 ou mais critérios menores;

OU

Critérios do **grupo de trabalho do Reino Unido** (quadro 4 do PCDT) : prurido nos últimos 12 meses + associação com 3 ou mais critérios.

→ Classificada como **MODERADA a GRAVE**, de acordo com a escala para avaliação da gravidade (descrever a escala utilizada e a respectiva pontuação):

● **Escala utilizada** (dentre as listadas no Quadro 5 do PCDT): _____

● **Pontuação obtida:** _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data