



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)
POR MEIO DO CEAF PARA O TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA**
Portaria Conjunta nº 28, de 27 de novembro 2025



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

1: CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO (OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS MEDICAMENTOS)

1.1. Diagnóstico Clínico de Dermatite Atópica (DA) definida pelo instrumento de diagnóstico (*assinale UM dos instrumentos abaixo*):

- 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.

1.2. Avaliação de Gravidade, classificada como **LEVE, MODERADA ou GRAVE**, de acordo com a escala (*descrever a escala utilizada e a respectiva pontuação*):

- **Escala utilizada** (dentre as listadas no Quadro 5 do PCDT): _____
- **Pontuação obtida**: _____

2: JUSTIFICATIVA PARA TERAPIA AVANÇADA (OBRIGATÓRIO PARA DUPILUMABE ou UPADACITINIBE)

Preencher somente em caso de pacientes com DA GRAVE que necessitam de troca de medicamento por falha ou intolerância - DUPILUMABE (crianças de 6 meses a < 12 anos) ou UPADACITINIBE (adolescentes 12 a < 18 anos e ≥ 40 kg):

2.1. Histórico de Tratamento. O paciente está em uso de: () Ciclosporina () Metotrexato

2.2. Motivo da troca do medicamento:

() Falha Terapêutica: Não atingiu a meta EASI-50 em 3 meses ou EASI-75 / EASI ≤ 7 em 6 meses.

() Intolerância. Descrever efeitos adversos: _____

() Contraindicação. Descrever impedimento clínico: _____

2.3. Termo de Ciência:

() Declaro estar ciente da interrupção obrigatória do tratamento ao completar 12 anos (Dupilumabe) ou 18 anos (Upadacitinibe).

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) _____

Data _____

Toda e qualquer informação aqui declarada é de **inteira responsabilidade** do **médico** prescritor