



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
PARA O TRATAMENTO DE HIDRADENITE SUPURATIVA**

Portaria Conjunta nº 14 de 11/09/2019

Nota Técnica Conjunta nº 05/2024-CGAFB/DAF/SECTICS/MS



Declaro, para fins de solicitação do(s) medicamento(s) para Hidradenite Supurativa, objeto(s) deste processo, que o(a) paciente _____ **NÃO apresenta critérios de exclusão E apresenta os critérios de inclusão**, seguindo com o relato do tratamento prévio conforme indicados abaixo:

Assinalar quais características o(a) paciente apresenta e que levaram ao diagnóstico de hidradenite supurativa de acordo com a apresentação clínica da doença, sendo A, B, C OBRIGATÓRIOS e eventualmente D:	Sim	Não
A. História de lesões recorrentes dolorosas ou supurativas mais de 2 vezes em 6 meses.		
B. Localização anatômica típica: axila, virilha, região perineal e perianal, nádegas, dobras infra- e intermamárias.		
C. Lesões típicas: nódulos (inflamatório ou não, único ou múltiplos, doloroso ou profundos), tratos sinusais (inflamatórios ou não), abscessos, comedões ou cicatrizes (atróficas, em malha, vermelha, hipertrófica ou linear).		
D. Evidência de história familiar de HS, sem evidência microbiológica de patógenos ou com presença de microflora normal de pele nas lesões reforçam o diagnóstico de HS.		

Inserir o resultado de AVALIAÇÃO DAS LESÕES para, <u>pelo menos</u> , um dos indicadores:	Resultado
a) Pontuação IHS4 (<i>International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System</i>)	
b) Estágios de Hurley (Estágio I, II ou III)	
c) HS-PGA (<i>Physician's Global Assessment</i>)	

TRATAMENTO PRÉVIO - assinalar quais medicamentos o paciente fez uso:	Sim	Não
Tetraciclina ou doxiciclina		
Clindamicina + Rifampicina		

JUSTIFICATIVA MÉDICA - incluindo pacientes em uso do medicamento ou em situações especiais:

RESPOSTA AO TRATAMENTO- avaliação por meio da *Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HiSCR)*
Informar em % a taxa de redução na contagem total de abscessos e nódulos inflamatórios (sem aumento do número de abscessos e fístulas) em relação ao período inicial:

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data