



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ESCLEROSE SISTÊMICA
PORTARIA SAS/MS Nº 16 DE 10/08/2022**



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos para o tratamento de Esclerose Sistêmica (ES), que a(o) paciente _____
preenche os critérios do **ACR/EULAR de 2013** e não apresenta critérios de exclusão do PCDT/MS:

Critérios do ACR/EULAR (paciente com ES \geq 9 pontos)*:

- () Espessamento cutâneo proximal às articulações metacarpofalangeanas (9 pontos);
- () Espessamento cutâneo dos dedos: edema de mãos (2 pontos);
- () Espessamento cutâneo dos dedos: distal às articulações metacarpofalangeanas (4 pontos);
- () Lesões nas pontas dos dedos: úlceras digitais (2 pontos);
- () Lesões nas pontas dos dedos: micro cicatrizes (3 pontos);
- () Telangiectasia (2 pontos);
- () Capilaroscopia periungueal anormal (2 pontos);
- () Hipertensão arterial pulmonar **OU** doença intersticial pulmonar (2 pontos);
- () Fenômeno de Raynaud (Fry) (3 pontos);
- () Autoanticorpos específicos para esclerose sistêmica: anticentrômero, anti topoisomerase I - anti Scl70, anti-RNA polimerase III (3 pontos).

Assinatura e carimbo médico*

Data*