



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DO  
CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS  
PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 9 DE 02/07/2025



Declaro para os devidos fins de solicitação de medicamentos para tratamento o tratamento das Miopatias Inflamatórias, que o(a) usuário(a) \_\_\_\_\_ satisfaz os seguintes critérios:

**CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS DE BOHAN E PETER PARA MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS**

| Assinalar os critérios de inclusão apresentados pelo paciente:                                                                                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1- Fraqueza muscular proximal simétrica (progride ao longo de semanas a meses com ou sem disfagia ou fraqueza diafragmática).                                                                                                                                      |  |
| 2- Elevação dos níveis de enzimas musculares esqueléticas (enzimas elevadas incluem creatinofosfoquinase (CPK), aspartato transaminase (AST/TGO), alanina transaminase (ALT/TGP), aldolase e/ou desidrogenase láctica (DHL) - <b>Anexar exames comprobatórios.</b> |  |
| 3 - Eletromiografia anormal (potenciais de unidade motora polifásico, curto e pequeno; potencial de fibrilação; ondas agudas positivas; aumento da irritabilidade de inserção e descargas repetitivas de alta frequência) - <b>Anexar exame.</b>                   |  |
| 4 - Biópsia muscular anormal (presença de degeneração, regeneração, necrose e infiltrados mononucleares) - <b>Anexar exame.</b>                                                                                                                                    |  |
| 5- Erupção cutânea típica da dermatomiosite (Erupção de heliotrópica ou sinal/pápulas de Gottron)                                                                                                                                                                  |  |

| Parâmetro Diagnóstico |                                                                                                      |                                            |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Diagnóstico           | Dermatomiosite                                                                                       | Polimiosite                                |
| <b>Definido</b>       | Presença de três critérios entre 1 e 4 mais o critério "5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite" | Presença de todos os critérios entre 1 e 4 |
| <b>Provável</b>       | Presença de dois critérios entre 1 e 4 mais o critério "5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite" | Presença de três critérios entre 1 e 4     |
| <b>Possível</b>       | Presença de um critério entre 1 e 4 mais o critério "5. Erupção cutânea típica da dermatomiosite"    | Presença de dois critérios entre 1 e 4     |

Fonte: Adaptado de Findlay et al. (2015)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

\_\_\_\_\_  
Data