



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE PSORÍASE**
Portaria Conjunta SAES/SCTIES/MS nº 18 de 14 de outubro de 2021



Declaro, para fins de solicitação do medicamento objeto 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:

1. Assinalar o critério que corresponde à forma de apresentação clínica da psoríase que acomete o paciente:

Psoríase cutânea tegumentar LEVE	
Psoríase Cutânea Tegumentar Leve com qualquer forma de apresentação clínica definida por um dos seguintes critérios em relato médico: <i>Score PASI</i> ≤ 10; Acometimentos ≤ 10% da superfície corporal ou DLQI ≤ 10.	
Psoríase cutânea tegumentar MODERADA a GRAVE	
Psoríase Cutânea Tegumentar Moderada a Grave definida por um dos seguintes critérios em relato médico: <i>Score PASI</i> > 10; Acometimentos > 10% da superfície corporal ou DLQI > 10.	
Psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas)	
Psoríase palmoplantar resistente a tratamentos tópicos de uso padrão, como corticosteroides de alta potência, análogo da vitamina D e queratolíticos (ácido salicílico a 5%) com uso contínuo por 3 meses.	
Psoríase acometendo outras áreas especiais, como genitália, rosto, couro cabeludo e dobras, resistentes a medicamentos tópicos (corticosteroides e análogos da vitamina D) e fototerapia com uso contínuo por 3 meses.	

2. Assinalar o TRATAMENTO PRÉVIO utilizado pelo paciente com psoríase:

Uso TÓPICO - LEVE, MODERADA OU GRAVE		SIM		SIM
CALCIPOTRIOL			CLOBETASOL	
Uso SISTÊMICO - MODERADA OU GRAVE		SIM	Justificativa médica em caso de CONTRAINDICAÇÃO	
1ª ETAPA	1ª LINHA	METOTREXATO		
	2ª LINHA*	ACITRETINA		
	3ª LINHA	CICLOSPORINA		
2ª ETAPA	1ª LINHA	ETANERCEPTE (somente < 18 anos) OU ADALIMUMABE		
	2ª LINHA	SECUQUINUMABE, USTEQUINUMABE OU RISANQUIZUMABE		

*A acitretina pode ser utilizada como primeira linha no caso de psoríase pustulosa ou eritrodérmica

3. Em caso de REAVALIAÇÃO, TROCA de imunobiológico ou paciente já em uso do medicamento solicitado:

<p>3a. Assinalar a resposta terapêutica obtida ou descrever a intolerância apresentada () PASI 100 () PASI ≥75 () PASI 75-50 () PASI < 50 () DLQI ≤5 () DLQI >5 () BSA _____% () Intolerância: _____</p>
<p>3b. () Declaro que o paciente não apresenta infecção ATIVA</p>

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data