

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA DERMATITE ATÓPICA
PORTARIA CONJUNTA Nº 28, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025

Nome do Paciente: _____	Data do Atendimento: __/__/__
Médico Responsável: _____	CRM: _____ UF: _____

Qual a Classificação da gravidade da dermatite atópica? Assinalar com um X.

Gravidade	Clínica	Psicossocial
<input type="checkbox"/> Livre	Pele normal, sem evidência de atividade da dermatite	Sem impacto na qualidade de vida
<input type="checkbox"/> Leve	Áreas com xerose, prurido infrequente (com ou sem áreas inflamadas)	Pequeno impacto na qualidade de vida
<input type="checkbox"/> Moderada	Áreas com xerose, prurido frequente associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação e áreas localizadas de espessamento da pele)	Moderado impacto nas atividades diárias e psicossociais, distúrbios do sono frequentes
<input type="checkbox"/> Grave	Xerose difusa, prurido constante e associado à inflamação (com ou sem sinais de escoriação, pele espessada com sangramento, liquenificação e alterações da pigmentação)	Limitação das atividades diárias e psicossociais, noites de sono perdidas.

Qual dos critérios Diagnóstico o paciente apresenta? Assinalar com um X

Critérios clássicos de Hanifin e Rajka: (3 ou mais critérios maiores) E (3 ou mais critérios menores) para diagnóstico de DA; **OU**

Critérios do grupo de trabalho do Reino Unido: prurido nos últimos 12 meses em associação com 3 ou mais critérios para diagnóstico de DA.

Obs:

Adicionalmente, para utilizar ciclosporina, o paciente deverá apresentar doença moderada a grave, evidenciada por uma das escalas de gravidade.

Declaro para os devidos fins que o referido paciente não apresenta nenhum critério de exclusão para o uso do medicamento.

Assinatura e carimbo do médico do paciente