



Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**SAFTEC**)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (**DASF**)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**COAFE**)

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA ESCLEROSE SISTÊMICA PORTARIA CONJUNTA Nº 16, de 10 de AGOSTO de 2022

Nome do Paciente: _____ Idade: _____
Médico Assistente: _____ CRM _____ UF _____
Data do atendimento: ____/____/____

Declaro que o(a) referido(a) 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-cicatrices (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, antitopoisoimerase I - antisccl70, antirRNA polimerase III (3 pontos).

Pontuação Total Obtida: _____

Carimbo e Assinatura do médico Reumatologista