



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO DERMATITE ATÓPICA – CID: L20.8, L20.0

DOCUMENTOS

- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES/EXAMES

PARA CICLOSPORINA:

- LAUDO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DERMATITE ATÓPICA APRESENTADOS PELO PACIENTE, BEM COMO DESCRIÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA (INFORMAR ESCALA UTILIZADA E PONTUAÇÃO OBTIDA). PARA PACIENTES IDOSOS, INFORMAR SE DOENÇA É INCAPACITANTE.
- LAUDO EMITIDO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE, COM DESCRIÇÃO DA MEDIDA DE PRESSÃO ARTERIAL.
- LAUDO MÉDICO ATESTANDO QUE O(A) PACIENTE NÃO APRESENTA CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO PARA USO DO MEDICAMENTO CICLOSPORINA, QUAIS SEJAM: ESTAR EM USO DE FOTOTERAPIA, INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA, HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA, NEOPLASIA EM ATIVIDADE, LACTAÇÃO, INFECÇÃO AGUDA OU CRÔNICA ATIVA, TUBERCULOSE SEM TRATAMENTO.

EXAME OBRIGATÓRIO:

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA (VAL: 180 DIAS).

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

OUTROS EXAMES / DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E SÉRICA
- CÓPIA DO EXAME HISTOLÓGICO/BÍÓPSIA DE PELE
- TESTE CUTÂNEO DE LEITURA IMEDIATA (PRICK TEST) TESTES CUTÂNEOS DE LEITURA IMEDIATA
- TESTE DE CONTATO (PATCH TEST) TESTES ALÉRGICOS DE CONTATO

MEDICAMENTOS ATENDIDOS PARA ESTE PCDT CONFORME RESOLUÇÃO DA SES Nº2252 - ELENCO ESTADUAL

- AZATIOPRINA 50MG – ELENCO ESTADUAL PARA O CID: L20.8 E L20.0
- NOTA:** PARA OS MEDICAMENTOS ATENDIDOS PELO ELENCO ESTADUAL FICA ISENTA A APRESENTAÇÃO DO TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE.



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA (facultativo)

1. NOME DO PACIENTE:

2. MARCAR OS CRITÉRIOS CLÁSSICOS DE HANIFIN E RAJKA PARA DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA.

CRITÉRIOS MAIORES (3 OU MAIS):

- PRURIDO
- LIQUENIFICAÇÃO OU LINEARIDADE DE SUPERFÍCIES FLEXORAS EM ADULTOS/ ENVOLVIMENTO DE FACE OU DE SUPERFÍCIES EXTENSORAS EM BEBÊS E CRIANÇAS
- DERMATITE CRÔNICA OU CRONICAMENTE RECIDIVANTE
- HISTÓRIA PESSOAL OU FAMILIAR DE ATOPIA, COMO ASMA, RINITE ALÉRGICA, DERMATITE ATÓPICA

CRITÉRIOS MENORES (3 OU MAIS):

- XEROSE
- ICTIOSE/HIPERLINEARIDADE PALMAR/QUERATOSE PILAR
- REATIVIDADE IMEDIATA (TIPO 1) DO TESTE CUTÂNEO
- IMUNOGLOBULINA E SÉRICA ELEVADA
- IDADE PRECOCE DE INÍCIO
- TENDÊNCIA PARA INFECÇÕES CUTÂNEAS (S. AUREUS E HERPES SIMPLEX VÍRUS)/IMUNIDADE PREJUDICADA, MEDIADA POR CÉLULAS
- TENDÊNCIA PARA DERMATITE NÃO ESPECÍFICA DA MÃO OU DO PÉ
- ECZEMA DO MAMILO
- QUEILITE
- CONJUNTIVITE RECORRENTE
- DOBRA INFRAORBITÁRIA DE DENNIE-MORGAN
- CERATOCONE
- CATARATA SUBCAPSULAR ANTERIOR
- ESCURECIMENTO ORBITA
- PALIDEZ FACIAL/ERITEMA FACIAL
- PITIRÍASE ALBA
- DOBRA CERVICAL ANTERIOR
- PRURIDO AO SUAR
- INTOLERÂNCIA À LÃ E SOLVENTES LIPÍDICOS
- ACENTUAÇÃO PERIFOLLICULAR
- INTOLERÂNCIA ALIMENTAR
- INFLUÊNCIA DO CURSO POR FATORES AMBIENTAIS/EMOCIONAIS
- DERMOGRAFISMO BRANCO/BRANQUEAMENTO TARDIO

3. MARCAR OS CRITÉRIOS DO GRUPO DE TRABALHO DO REINO UNIDO PARA DIAGNÓSTICO DE DERMATITE ATÓPICA.

PRURIDO NOS ÚLTIMOS 12 MESES EM ASSOCIAÇÃO COM 3 OU MAIS CRITÉRIOS:

- PACIENTES COM MAIS DE 4 ANOS E HISTÓRICO DE INÍCIO DOS SINTOMAS ANTES DOS 2 ANOS
- HISTÓRIA DE ENVOLVIMENTO FLEXURAL
- HISTÓRIA DA PELE GERALMENTE SECA
- HISTÓRIA DE OUTRA DOENÇA ATÓPICA NO PACIENTE OU EM PARENTE DE PRIMEIRO GRAU
- DERMATITE FLEXURAL VISÍVEL

4. MARCAR A ESCALA UTILIZADA E A GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA APRESENTADA.

- EASI () LEVE () MODERADA () GRAVE () MUITO GRAVE
- SCORAD () LEVE () MODERADA () GRAVE
- POEM () LEVE () MODERADA () GRAVE () MUITO GRAVE
- PO-SCORAD () LEVE () MODERADA () GRAVE
- VIGA-AD () LEVE () MODERADA () GRAVE
- IGA () LEVE () MODERADA () GRAVE
- PRURIDO-NRS () LEVE () MODERADA () GRAVE

5. INFORMAR CASO PACIENTE APRESENTE UMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:

- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
- NEOPLASIA EM ATIVIDADE
- LACTAÇÃO
- INFECÇÃO AGUDA OU CRÔNICA ATIVA
- TUBERCULOSE SEM TRATAMENTO
- HIPERTENSÃO NÃO CONTROLADA
- HIPERSENSIBILIDADE AO MEDICAMENTO
- USO SIMULTÂNEO DE FOTOTERAPIA

6. PACIENTE APRESENTA DERMATITE ATÓPICA DE MODERADA A GRAVE:

- SIM
- NÃO

7. MARCAR CASO O PACIENTE APRESENTE ALGUM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ABAIXO:

- LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T
- DERMATITE HERPETIFORME
- IMPETIGO
- LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO
- MOLUSCO CONTAGIOSO
- PSORÍASE
- ESCABIOSE
- TINEA CORPORIS
- URTICÁRIA
- EXANTEMA VIRAL
- ECZEMA NUMULAR

8. RELATAR TRATAMENTOS PRÉVIOS E ATUAL:

9. PARA USO DE CICLOSPORINA INFORMAR O PERÍODO DE TRATAMENTO E A DOSE QUE SERÁ UTILIZADA.

10. RELATAR AS APRESENTAÇÕES CLÍNICAS:

DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

APÊNDICE 2
ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA – DLQI-BRA

Este questionário visa a medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada e marque um X sobre a alternativa correspondente.

1. O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

2. Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada
-------------------	------------	------------	--------

3. O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

4. Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

5. O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

7. Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?

3 sim	0 não	0 sem relevância
-------	-------	------------------

Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?

2 bastante	0 um pouco	0 nada
------------	------------	--------

8. Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

9. Até que ponto sua pele criou dificuldade na sua vida sexual na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

10. Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?

3 realmente muito	2 bastante	1 um pouco	0 nada/sem relevância
-------------------	------------	------------	-----------------------

APÊNDICE 3

ESCORE DA QUALIDADE DE VIDA NA DERMATOLOGIA INFANTIL (CDLQI)

Na semana que passou:

1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

2. Você sentiu-se constrangido ou inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

3. Sua pele tem afetado suas amizades?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

4. Você mudou a sua maneira de vestir por causa de sua pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

7. a) Era período escolar? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares?

Me impediu de ir à escola () Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

7. b) Era período de férias? Se era: o quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

8. Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

9. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

10. Seu tratamento dermatológico foi problemático?

Muitíssimo () Muito () Pouco () Não ()

Por favor, verifique se você respondeu todas as perguntas. Obrigado

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

DEXAMETASONA, ACETATO DE HIDROCORTISONA E CICLOSPORINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos dexametasona, acetato de hidrocortisona e ciclosporina indicado para o tratamento da dermatite atópica.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora na gravidade da doença durante o tratamento;
- redução da intensidade da coceira
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das contraindicações, dos potenciais eventos adversos e dos riscos a seguir:

- os riscos na gestação e na amamentação já são conhecidos; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- medicamentos classificados na gestação como categoria C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos): dexametasona, acetato de hidrocortisona e ciclosporina.

- eventos adversos da dexametasona: atrofia da pele, dermatite perioral, supressão adrenal, acne rosácea e o desenvolvimento de estrias;

- eventos adversos do acetato de hidrocortisona: atrofia da pele, telangiectasia, estrias, alterações cutâneas acneiformes e efeitos sistêmicos do corticoide devido à absorção. Em casos raros, podem ocorrer foliculite, hipertricose, dermatite perioral e reações alérgicas cutâneas a qualquer um dos componentes do produto. Recém-nascidos podem apresentar reações adversas como redução da função adrenocortical, quando houver uso do medicamento pela mãe nas últimas semanas de gravidez);

- eventos adversos da ciclosporina: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicérides, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração (taquicardia), convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas.

Contraindicações da dexametasona: tuberculose da pele, varicelas, infecção por fungo ou herpes simples ou hipersensibilidade (alergia) a dexametasona ou aos componentes da fórmula.

Contraindicações do acetato de hidrocortisona: processos tuberculosos ou sifilíticos na área a ser tratada, doenças causadas por vírus (por exemplo, varicela, herpes zoster), rosácea, dermatite perioral, reações após aplicação de vacinas na área a ser tratada ou hipersensibilidade (alergia) ao acetato de hidrocortisona ou aos componentes da fórmula^{29,30}.

Contraindicações da ciclosporina: insuficiência renal crônica, neoplasia em atividade, lactação, infecção aguda ou crônica ativa, tuberculose sem tratamento, hipertensão não controlada, hipersensibilidade ao medicamento e o uso simultâneo de fototerapia. Adicionalmente, o medicamento deve ser utilizado com cautela, conforme avaliação clínica do médico, em pacientes vivendo com HIV, HCV, HBV e HPV.

Fui também informado(a) que este medicamento não tem por objetivo curar a causa da dermatite atópica. Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s), ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de eu desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o meu anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() acetato de hidrocortisona () ciclosporina () dexametasona

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		

Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:

Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

Nota 1: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.



AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS
(nome do paciente ou responsável)
nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____, **autorizo o**
(a) Sr(a). _____,
(nome do procurador ou portador)
portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida
pelo _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente
na _____, telefone de contato
(____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente
Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável:** _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a):** _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);