

**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)**

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Portaria Conjunta nº 21, de 01 de novembro de 2022

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: _____

CNS/CPF: _____ Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Declaro, para fins de solicitação de medicamentos para o tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico, que a(o) paciente NÃO apresenta critérios de exclusão e satisfaz os critérios de classificação, propostos pelo American College of Rheumatology (ACR) 1982/1997, SLICC 2012 ou EULAR/ACR 2019.

Favor assinalar os critérios de inclusão apresentados pelo paciente (Item 2 OU Item 3 OU Item 4):

2. CRITÉRIOS DA AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) 1982/1997

O paciente pode ser classificado com LES a partir da presença de, pelo menos, 4 dos 11 critérios abaixo, em qualquer momento da vida.

- () Eritema malar;
- () Lesão discóide;
- () Fotossensibilidade;
- () Úlcera oral;
- () Artrite: artrite não erosiva envolvendo 2 ou mais articulações periféricas, caracterizada por dor à palpação, edema ou derrame;
- () Serosite;
- () Alteração renal: proteinúria persistente maior que 0,5 g/dia ou acima de +++ se não quantificada, ou presença de cilindros celulares – Anexar exames comprobatórios;
- () Alteração neurológica;
- () Alterações hematológicas: anemia hemolítica com reticulocitose e/ou leucopenia < 4.000/mm³ e/ou linfopenia < 1.500/mm³ e/ou trombocitopenia < 100.000/mm³ – Anexar exames comprobatórios;
- () Alterações imunológicas: presença de anti-DNA nativo, ou anti-Sm, ou anticorpos antifosfolípidios (anticardiolipina, anticoagulante lúpico) – Anexar exames comprobatórios;
- () Anticorpo antinuclear (FAN): título anormal – Anexar exame comprobatório.

3. CRITÉRIOS SLICC 2012

O paciente pode ser classificado com LES quando apresentar: pelo menos 4 dos critérios a seguir, incluindo pelo menos 1 critério clínico (item 3.1) e 1 critério imunitário (item 3.2); OU biópsia renal compatível com nefrite lúpica + FAN ou anticorpos anti-dsDNA (item 3.3).

3.1. Critérios Clínicos

- () Lúpus cutâneo agudo;
- () Lúpus cutâneo crônico;
- () Alopecia não cicatricial;
- () Úlceras orais ou nasais;
- () Alterações articulares: sinovite em duas ou mais articulações, com edema ou derrame articular, ou artralgia em duas ou mais articulações e rigidez matinal maior que 30 minutos;
- () Serosites;

3.2. Critérios Imunitários

- () Fator Antinuclear (FAN) acima do valor de referência – Anexar exames comprobatórios;
- () Anti-DNA nativo acima do valor de referência – Anexar exames comprobatórios;
- () Anti-Sm positivo – Anexar exames comprobatórios;
- () Antifosfolípideo positivos: anticoagulante lúpico; OU VDRL falso-positivo; OU anticardiolipinas (IgA, IgG ou IgM) em títulos moderados ou altos; OU anti-beta

☐ Alterações renais: relação entre proteína e creatinina urinárias (ou proteinúria de 24 horas) representando mais de 500 mg de proteínas nas 24 horas ou presença de cilindros hemáticos – Anexar exames comprobatórios; ☐ Alterações neurológicas; ☐ Anemia hemolítica – Anexar exames comprobatórios; ☐ Leucopenia ou linfopenia: leucócitos < 4.000/mm ³ ou linfopenia < 1.000/mm ³ – Anexar exames comprobatórios; ☐ Trombocitopenia: plaquetas < 100.000/mm ³ – Anexar exames comprobatórios.	2-glicoproteína 1 (IgA, IgG ou IgM) – Anexar exames comprobatórios; ☐ Complementos abaixo do limite inferior do valor de referência: frações C3, C4 ou CH50 – Anexar exames comprobatórios; ☐ Coombs direto positivo (na ausência de anemia hemolítica) – Anexar exames comprobatórios.
3.3. ☐ Biópsia renal compatível com nefrite lúpica – Anexar FAN ou anticorpos anti-dsDNA.	

4. CRITÉRIOS EULAR/ACR 2019

Classifica-se como LES com pontuação ≥ 10 , usando a maior pontuação de cada domínio. É condição necessária a positividade de FAN $\geq 1:80$.

Condição necessária:

☐ Paciente apresenta fator antinuclear (FAN) $\geq 1:80$ – Apresentar o exame.

Domínio Constitucional ☐ Febre (2 pontos) Domínio Cutâneo ☐ Alopecia não cicatricial (2) ☐ Úlceras orais (2) ☐ Lúpus cutâneo subagudo ou Lúpus Eritematoso Discóide (4) ☐ Lúpus cutâneo agudo (6) Domínio Articular ☐ Sinovite ou dor à palpação ≥ 2 articulações e rigidez matinal ≥ 30 min (6) Domínio Neurológico ☐ Delírio (2) ☐ Psicose (3) ☐ Convulsão (5) Domínio Serosas ☐ Derrame pleural ou pericárdico (5) ☐ Pericardite aguda (6)	Domínio Hematológico ☐ Leucopenia (3) ☐ Plaquetopenia (4) ☐ Hemólise autoimune (4) Domínio Renal ☐ Proteinúria $\geq 0,5$ g/24h (4) ☐ Biópsia renal classe II ou nefrite lúpica classe V (8) ☐ Biópsia renal classe III ou nefrite lúpica classe IV (10) Domínio dos Anticorpos Antifosfolipídicos ☐ aCL IgG > 40 PL, ou anti-B2GPI IgG > 40, ou LAC+ (2) – Apresentar o exame Domínio Complemento ☐ C3 baixo ou C4 baixo (3) ☐ C3 e C4 baixos (4) – Apresentar o exame Domínio dos Anticorpos Altamente Específicos ☐ Anti-dsDNA (6) ☐ Anti-Smith (6) – Apresentar o exame
☐ Paciente apresenta fator antinuclear (FAN) $\geq 1:80$ (condição necessária - Apresentar o exame)	
PONTUAÇÃO TOTAL (EULAR/ACR 2019): _____ pontos	

5. DECLARAÇÃO MÉDICA SOBRE A POSITIVIDADE OU NÃO REALIZAÇÃO DO TESTE DE MANTOUX (PPD) E IGRA

Para os medicamentos: Azatioprina, Metotrexato, Ciclofosfamida, Micofenolato de Mofetila e Ciclosporina.

Assinale uma das opções abaixo:

() A(o) paciente está em tratamento (há pelo menos trinta dias) para tuberculose latente ou já completou a quimioprofilaxia para Tuberculose, devido à apresentação de exame positivo de PPD ou IGRA (deve ser anexada ao processo).

() A(o) paciente não apresenta manifestações clínicas e radiológicas características de Tuberculose. Considero, em comum acordo com o paciente, que está ciente dos riscos, ser possível iniciar o tratamento com medicamentos biológicos ou inibidores de via de sinalização intracelular sem o resultado do exame de PPD ou IGRA (devido à impossibilidade de realização dos exames na rede pública de saúde) e sem a realização de tratamento para tuberculose latente.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data: ____/____/____

6. IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO MÉDICO

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

CRM/UF: _____