

**ANEXO I** – QUESTIONÁRIO MÉDICO PARA **INCLUSÃO OU MUDANÇA** DE TRATAMENTO DOS PACIENTES COM PSORÍASE**Formulário para ser preenchido pelo Médico DERMATOLOGISTA ou REUMATOLOGISTA**

1. Nome do Paciente: _____

2. Qual é o escore do *Índice de Qualidade de Vida Dermatológico (DLQI) – Anexo II?*

Escore de _____. / Data da Avaliação: ____/____/_____.

3. Qual é o escore do *Psoriasis Area and Severity Index (PASI) – Anexo III?*

Escore de _____. Data da Avaliação: ____/____/_____.

4. Assinalar o tipo de doença (característica) em que o paciente se apresenta:

4.1 Crônica em placas (vulgar)	[]	4.2 Gutatta (em gotas)	[]
4.3 Pustulosa	[]	4.4 Eritrodérmica	[]
4.5 Invertida (flexora)	[]	4.6 Ungueal	[]

5. Citar as terapias já utilizadas:

5.1 Fototerapia com UVB. [] Não. [] Sim

5.2 Fototerapia com PUVA. [] Não. [] Sim

5.3 Tratamento tópicos. [] Não. [] Sim

5.4 Tratamento sistêmico. [] Não. [] Sim. Citar os tratamentos e períodos de uso.

Medicamento/Terapia utilizado(s)	Período de tratamento	Motivo da interrupção



6. Apresenta 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?

[] Não. [] Sim.

7. Apresenta psoríase acometendo áreas especiais, como genitália e rosto, resistentes a medicamentos tópicos, tais como corticosteroides e análogos da vitamina D e fototerapia com uso contínuo por 3 meses?

[] Não. [] Sim.

8. Apresenta psoríase acometendo extensamente o aparelho ungueal (onicólise ou onicodistrofia em ao menos duas unhas)?

[] Não. [] Sim.

9. Outras considerações pertinentes:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico DERMATOLOGISTA ou REUMATOLOGISTA