



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Formulário específico para Doenças Pulmonares Obstrutivas
Asma e DPOC**

- Os processos serão avaliados com base nos critérios do PCDT de DPOC e Asma do Ministério da Saúde, Critérios de Uso de Tiotrópio da SESA e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Asma não controlada da SESA ES.
- Nos casos de **Asma**, preenchimento obrigatório até o item 5 e nos casos de **DPOC** até o item 6.
- Nos casos de preenchimento incompleto, este formulário será devolvido para adequação e posterior avaliação.
- Este formulário não isenta a avaliação presencial, necessária em casos específicos.

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: Asma: CID-10: J45.0 () J45.8 () J45.9 ()

DPOC: CID-10: J44.0 () J44.8 () J44.9 ()

1. Doenças respiratórias associadas: Não () Bronquiectasias () Sequelas de Tuberculose ()

Outras () - Especificar: _____

2. Fatores de exposição: Não () Tabagismo atual () - Anos/maço: _____

Ex-tabagista () - Anos/maço: _____ Fogão a lenha () - Tempo: _____

Outros () Especificar _____

3. Exame radiológico do tórax: Não realizou () Realizou, sem alterações () Realizou, com alteração () _____

4. Tratamentos utilizados previamente:

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	TEMPO DE USO (MESES)	RESPOSTA	
			Satisfatória	Insatisfatória
Beclometasona, budesonida ou equivalente				
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente				
Salbutamol ou fenoterol				
Formoterol, Salmeterol ou equivalente				
Tiotrópio ou equivalente				
Montelucaste				
Outros:				

5. Espirometria (além do envio do exame)*: Data: ____/____/____

VEF1% pré bd: _____ VEF1/CVF% pós bd: _____ VEF1% pós bd: _____

*Se não foi possível realizar e enviar o exame, justificar o(s) motivo(s) com relatório médico.

6. APENAS PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DPOC:

• Escala de Dispnéia Modificada (mMRC):

() **Grau 0** - Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso.

() **Grau 1** - Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.

() **Grau 2** - Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais de devagar que outras pessoas de minha idade.

() **Grau 3** - Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano.

() **Grau 4** - Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.

• Exacerbações da DPOC no último ano com necessidade de uso de corticoide sistêmico e antibiótico:

Nenhuma () Uma () Duas ou mais ()

_____, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico prescriptor



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
