



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 prescritor



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

---