

**FORMULÁRIO PARA ABERTURA DE PROCESSO PARA ASMA**

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

- Os processos serão avaliados com base nos critérios do PCDT de Asma do Ministério da Saúde e Diretrizes Terapêuticas para manejo da Asma não controlada da SESA-ES;
- 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.

**1. Diagnóstico (CID-10):** Asma: J45.0 ( ) J45.1 ( ) J45.8 ( ) J45.9 ( )

**2. Doenças respiratórias associadas:**

Não ( ) Bronquiectasias ( ) Sequelas de Tuberculose ( ) Outras ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**3. Fatores de exposição:** Não ( ) Tabagismo atual ( ) - Anos/maço: \_\_\_\_\_ Ex-tabagista ( ) - Anos/maço: \_\_\_\_\_  
 Fogão a lenha ( ) - Tempo: \_\_\_\_\_ Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**4. Tratamentos utilizados previamente:**

| Medicamento  | Posologia | Tempo de uso | Resposta     |                |
|--|-----------|--------------|--------------|----------------|
|  |           |              | Satisfatória | Insatisfatória |
| Beclometasona, budesonida ou equivalente                     |           |              |              |                |
| Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente |           |              |              |                |
| Salbutamol ou fenoterol                                      |           |              |              |                |
| Tiotrópio ou equivalente                                     |           |              |              |                |
| Montelucaste   |           |              |              |                |
| Outros   |           |              |              |                |

**5. Espirometria realizada em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_. Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.

\*Obrigatório anexar laudo de espirometria realizada seguindo as Diretrizes vigentes para Testes de Função Pulmonar da SBPT<sup>1</sup>.

**6. Apenas para prescrição de imunobiológico em paciente com asma grave:**

Número de exacerbações que necessitaram corticoide sistêmico no último ano: Nenhuma ( ) Uma ( ) Duas ou mais ( )

Teste de Controle de Asma (ACT): \_\_\_\_\_ pontos

Para Omalizumabe:

Dosagem de IgE sérica total: \_\_\_\_\_ UI/MI

Peso corporal: \_\_\_\_\_ Kg

Para Mepolizumabe:

Eosinófilos periféricos: \_\_\_\_\_ céls/mm<sup>3</sup>

**7. Apenas para prescrição de imunobiológico em paciente com asma grave, anexar, além do laudo da espirometria:**

- Teste de Controle de Asma - ACT - do mês anterior a prescrição;
- Laudo de exame de imagem do tórax (radiografia em PA e Perfil ou tomografia computadorizada);
- Para Omalizumabe: Hemograma, IgE total e IgE específica ou teste cutâneo de leitura imediata.
- Para Mepolizumabe: Hemograma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor

1.PEREIRA, C. A. C. Espirometria. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 28, supl. 3, 2002.