

**SUS**

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



**FORMULÁRIO DE ABERTURA DE PROCESSO PARA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
DPOC**

Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: () M () F

- Os processos serão avaliados com base nos critérios do PCDT de DPOC do Ministério da Saúde;
- 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): DPOC: J44.0 () J44.1 () J44.8 ()				
2. Doenças respiratórias associadas: Não () Asma () 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. Exacerbações da doença nos últimos 12 meses:				
4.1. Exacerbação grave (com hospitalização): Nenhuma () Uma () Duas ou mais ()				
4.2. Exacerbação moderada (tratamento ambulatorial): Nenhuma () Uma () Duas ou mais ()				
5. Avaliação da intensidade dos sintomas. Marque a escala utilizada:				
5.1 COPD Assessment Test (CAT™): Pontuação total _____ ou				
5.2 Grau de dispneia (mMRC):				
() Grau 0 - Falta de ar ao realizar exercício intenso.				
() Grau 1 - Falta de ar ao apressar o passo, ao subir um lance de escadas ou ao subir uma ladeira leve.				
() Grau 2 - Andar mais devagar que pessoas da mesma idade ou precisar parar para respirar quando anda no próprio passo.				
() Grau 3 - Parar para respirar antes de andar 100 metros ou após alguns minutos.				
() Grau 4 - Não sair de casa devido à falta de ar.				
6. Exame radiológico do tórax: Não realizou () Realizou, sem alterações () Realizou, com alteração () _____				
7. Tratamentos utilizados previamente:				
Medicamento	Posologia	Tempo de uso (em meses)	Resposta clínica	
			Satisfatória	Insatisfatória
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente				
Salbutamol ou Fenoterol				
Formoterol, Salmeterol ou equivalente				
Tiotrópio, Umeclidínio ou Glicopirrono				
Outros				
8. Espirometria realizada em: ___ / ___ / _____. Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico. <i>*Obrigatório anexar laudo de espirometria realizada seguindo as Diretrizes vigentes para Testes de Função Pulmonar da SBPT¹.</i>				
9. Observações:				
_____, ___ / ___ / _____				
Carimbo e Assinatura do Médico prescritor				

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