

**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 () J44.8 () J44.9 ()

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.
 *Obrigatório anexar laudo de espirometria realizada seguindo as Diretrizes vigentes para Testes de Função Pulmonar da SBPT¹.

9. Observações:

_____, ___ / ___ / _____
 Carimbo e Assinatura do Médico prescritor

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