

**SUS**

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



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DE
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA - DPOC**

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

- Os processos serão avaliados conforme critérios do PCDT-MS de DPOC, portaria SAES/SECTICS Nº 29, de 27/11/2025;
- 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. Fatores de exposição:

- () Não () Tabagismo atual - Anos/maço: _____ () Ex-tabagista - Anos/maço: _____
() Fogo a lenha - Tempo: _____ () Outros: Especificar: _____

3. Exacerbações da doença nos últimos 12 meses:

- 3.1. Exacerbação grave (com hospitalização): () Nenhuma () Uma () Duas ou mais
3.2. Exacerbação moderada (tratamento ambulatorial): () Nenhuma () Uma () Duas ou mais

4. Avaliação da intensidade dos sintomas. Marque a escala utilizada:

- 4.1. COPD Assessment Test (CATTM): Pontuação total _____ ou
4.2. 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.

5. Apresenta diagnóstico concomitante de asma? () Não () Sim

- 5.1. Se sim, realiza ou já realizou tratamento prioritário para asma? () Não () Sim

6. Apresenta outras doenças respiratórias associadas: Não () Sim (), especificar: _____

7. Exame de imagem do tórax dos últimos 12 meses: () Não realizou () Realizou

- 7.1. Se realizou: () sem alterações () Hiperinsuflação pulmonar () Espessamento brônquico () Aprisionamento aéreo
() Enfisema pulmonar () outros: _____

8. Número de eosinófilos periféricos em hemograma dos últimos 12 meses: _____

9. Exame de função pulmonar realizado em: ____/____/____

Obrigatório anexar cópia do laudo do exame de função pulmonar realizado seguindo as Diretrizes para Testes de Função Pulmonar da SBPT¹.

Enviar o laudo do exame independentemente do preenchimento dos critérios da SBPT. **Se não foi possível realizar o exame, justificar o(s) motivo(s) em laudo médico.**

10. Tratamentos realizados para DPOC:

Medicamentos	Uso atual?	Posologia	Tempo de uso	Resposta	
				Satisfatória	Insatisfatória
Salbutamol ou Fenoterol					
Formoterol, Salmeterol ou equivalente					
Formoterol+budesonida, salmeterol+fluticasona ou equivalente					
Tiotrópio/Olodaterol ou Umeclidínio/Vilanterol					
Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol ou Beclometasona + Formoterol + Glicopirrônio					
Outros:					

9. Observações:

_____, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Médico prescritor