



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ASMA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																		
2	IDADE: _____																		
3	DIAGNÓSTICO: 3.1 Descrever sobre achados em exames físicos: _____ _____ _____ _____ _____ 3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Informar se o(a) paciente apresenta alguma das condições abaixo: <table border="0"><tr><td>☐ Corpo estranho inalado</td><td>☐ Tuberculose pulmonar</td></tr><tr><td>☐ Rinossinusite</td><td>☐ Bronquite eosinófilica não asmática</td></tr><tr><td>☐ Disfunção de cordas vocais</td><td>☐ Deficiência de alfa-1-antitripsina</td></tr><tr><td>☐ Obstrução das vias aéreas centrais</td><td>☐ Tromboembolismo pulmonar</td></tr><tr><td>☐ Hiperventilação psicogênica</td><td>☐ Hipertensão arterial pulmonar</td></tr><tr><td>☐ DPOC</td><td>☐ Doenças pulmonares intersticiais</td></tr><tr><td>☐ Bronquiectasias</td><td>☐ Insuficiência cardíaca</td></tr><tr><td>☐ Doença do refluxo gastroesofágico</td><td>☐ Câncer de pulmão</td></tr><tr><td>☐ Micoses bronco pulmonares alérgicas</td><td>☐ Tosse por medicamentos</td></tr></table> ATENÇÃO: A adaptação do diagnóstico diferencial em crianças deve ser realizada em função de diagnósticos comuns dessa faixa etária.	☐ Corpo estranho inalado	☐ Tuberculose pulmonar	☐ Rinossinusite	☐ Bronquite eosinófilica não asmática	☐ Disfunção de cordas vocais	☐ Deficiência de alfa-1-antitripsina	☐ Obstrução das vias aéreas centrais	☐ Tromboembolismo pulmonar	☐ Hiperventilação psicogênica	☐ Hipertensão arterial pulmonar	☐ DPOC	☐ Doenças pulmonares intersticiais	☐ Bronquiectasias	☐ Insuficiência cardíaca	☐ Doença do refluxo gastroesofágico	☐ Câncer de pulmão	☐ Micoses bronco pulmonares alérgicas	☐ Tosse por medicamentos
☐ Corpo estranho inalado	☐ Tuberculose pulmonar																		
☐ Rinossinusite	☐ Bronquite eosinófilica não asmática																		
☐ Disfunção de cordas vocais	☐ Deficiência de alfa-1-antitripsina																		
☐ Obstrução das vias aéreas centrais	☐ Tromboembolismo pulmonar																		
☐ Hiperventilação psicogênica	☐ Hipertensão arterial pulmonar																		
☐ DPOC	☐ Doenças pulmonares intersticiais																		
☐ Bronquiectasias	☐ Insuficiência cardíaca																		
☐ Doença do refluxo gastroesofágico	☐ Câncer de pulmão																		
☐ Micoses bronco pulmonares alérgicas	☐ Tosse por medicamentos																		
4	CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA ASMA (Figura 1 e 2 do PCDT): ☐ Asma leve (Etapa I e II) ☐ Asma moderada (Etapa III) ☐ Asma grave (Etapa IV e V)																		
5	TRATAMENTOS PRÉVIOS (Indicar e informar sobre os medicamentos já utilizados): ☐ Corticoide inalatório (CI). Medicamento: _____ Dose diária total (mcg): _____ Tempo de uso: _____ ☐ LABA (isolado). Medicamento: _____ Dose diária total (mcg): _____ Tempo de uso: _____																		



	☐ CI + LABA (associação fixa). Associação: _____ Dose e posologia: _____ Tempo de uso: _____ ☐ SABA (resgate) + CI. Associação: _____ Frequência: _____ Tempo de uso: _____ ☐ Corticoide oral (OCS). Medicamento: _____ Dose e duração: _____ Nº de cursos/ano: _____ ☐ Outros (Exemplos: tiotrópio, montelucaste). Especificar: _____ _____
6	PARA SOLICITAÇÃO DE OMALIZUMABE, INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA AS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Pelo menos uma exacerbação grave no ano anterior, com necessidade de curso de corticoide oral. ☐ Alergia mediada por IgE por meio de teste cutâneo ou IgE específica positiva para, pelo menos, um aeroalérgeno. ☐ Nível sérico total de IgE de 30 a 1.500 UI/mL e relação IgE total e peso dentro dos limites terapêuticos (anexar exame). ☐ Paciente apresenta asma grave com fenótipo T2 alto alérgica.
7	PARA SOLICITAÇÃO DE MEPOLIZUMABE, INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA AS CONDIÇÕES ABAIXO: ☐ Pelo menos uma exacerbação grave no ano anterior, com necessidade de curso de corticoide oral. ☐ Eosinófilos no sangue periférico acima de 300 células/mL (apresentar hemograma de antes do início do tratamento). ☐ Asma grave com fenótipo T2 alto eosinofílica.
8	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____/____/____ Assinatura e carimbo: _____ Médico