



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE PROGRESSIVA (DPI-FP)

1	NOME CIVIL DO (A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____	
2	CLASSIFICAÇÃO: ☐ Fibrose Pulmonar Idiopática (FPI) – CID-10 J84.1 OU ☐ Doença Pulmonar Fibrosante não FPI – CID-10 J84.8, J84.9, J67, J99.0, J99.1 e J99.8	
3	HISTÓRIA CLÍNICA 3.1. Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 3.2 Grau da dispneia (de acordo com a escala MRC): ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 3.3 Exacerbações da doença no último ano: ☐ SIM – Informar a quantidade: _____ ☐ NÃO 3.4 Em caso de diagnóstico de DOENÇA PULMONAR FIBROSANTE NÃO FPI sinalize se houve: Piora funcional em 12 meses: ☐ Declínio absoluto > 5% CVF ☐ Declínio absoluto >10% DLCO Progressão na TCAR : ☐ Aumento da extensão ou gravidade da bronquiectasia/bronquiolite de tração ☐ Nova opacidade em vidro fosco com bronquiectasia de tração ☐ Nova reticulação fina ☐ Extensão aumentada ou anormalidade reticular mais grosseira que previamente ☐ Faveolamento novo ou aumentado ☐ Maior perda de volume lobar	
4	TRATAMENTOS PRÉVIOS E ATUAIS: Especificar: _____ _____ _____ _____ _____	



5	EM CASO DE TROCA DE MEDICAMENTO, JUSTIFICAR A SOLICITAÇÃO:
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico