



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO - DPOC

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>IDADE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____															
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> <b>2.1 Características clínicas e evolução da doença:</b> _____ _____ _____ _____ _____ <b>2.2 Classificação de gravidade da DPOC:</b> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><b>Grupo A</b> - Grupo de baixo risco, poucos sintomas</td><td>Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC &lt; 2, OU CAT &lt; 10</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><b>Grupo B</b> - Grupo de baixo risco, bastante sintomas</td><td>Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><b>Grupo C</b> - Grupo de alto risco, poucos sintomas</td><td>Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC &lt; 2, OU CAT &lt; 10</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><b>Grupo D</b> - Grupo de alto risco, bastante sintomas</td><td>Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10</td></tr></table> <table border="1"><tr><td><b>2.3 Grau da dispneia (de acordo com a escala MRC):</b> <input type="checkbox"/> 0    <input type="checkbox"/> 1    <input type="checkbox"/> 2    <input type="checkbox"/> 3    <input type="checkbox"/> 4</td><td><b>2.4 Exacerbações da doença no último ano:</b> <input type="checkbox"/> SIM – Informar a quantidade: _____ <input type="checkbox"/> NÃO</td></tr></table>		<input type="checkbox"/>	<b>Grupo A</b> - Grupo de baixo risco, poucos sintomas	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC < 2, OU CAT < 10	<input type="checkbox"/>	<b>Grupo B</b> - Grupo de baixo risco, bastante sintomas	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10	<input type="checkbox"/>	<b>Grupo C</b> - Grupo de alto risco, poucos sintomas	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC < 2, OU CAT < 10	<input type="checkbox"/>	<b>Grupo D</b> - Grupo de alto risco, bastante sintomas	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10	<b>2.3 Grau da dispneia (de acordo com a escala MRC):</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<b>2.4 Exacerbações da doença no último ano:</b> <input type="checkbox"/> SIM – Informar a quantidade: _____ <input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/>	<b>Grupo A</b> - Grupo de baixo risco, poucos sintomas	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC < 2, OU CAT < 10														
<input type="checkbox"/>	<b>Grupo B</b> - Grupo de baixo risco, bastante sintomas	Nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização); mMRC ≥ 2, OU CAT ≥ 10														
<input type="checkbox"/>	<b>Grupo C</b> - Grupo de alto risco, poucos sintomas	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC < 2, OU CAT < 10														
<input type="checkbox"/>	<b>Grupo D</b> - Grupo de alto risco, bastante sintomas	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses; mMRC ≥ 2, ou CAT ≥ 10														
<b>2.3 Grau da dispneia (de acordo com a escala MRC):</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<b>2.4 Exacerbações da doença no último ano:</b> <input type="checkbox"/> SIM – Informar a quantidade: _____ <input type="checkbox"/> NÃO															
3	<b>TRATAMENTOS PRÉVIOS E ATUAIS:</b> <input type="checkbox"/> SABA <input type="checkbox"/> SAMA <input type="checkbox"/> LABA <input type="checkbox"/> LAMA <input type="checkbox"/> LABA + LAMA <input type="checkbox"/> LABA + CI <input type="checkbox"/> Outros – Especificar: _____															
4	<b>PARA REAVALIAÇÕES, INDICAR SE A SOLICITAÇÃO TRATA-SE DE:</b> <input type="checkbox"/> TROCA DE MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE UM NOVO MEDICAMENTO (PARA ASSOCIAR) <b>Informar todos os medicamentos do CEAF que serão utilizados pelo(a) paciente:</b> _____ _____ _____															
5	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico															