



FORMULÁRIO ESPECÍFICO - DPOC

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