



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HAP

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
3	CID-10: _____
4	4.1 HIPERTENSÃO PULMONAR – INDICAR GRUPO: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V 4.2 INFORMAR: Paciente possui fatores de risco ou dados ecocardiográficos compatíveis com doenças do coração esquerdo como causa de HP? SIM ☐ NÃO ☐ Paciente possui exames compatíveis com doenças pulmonares crônicas como causa de HP? SIM ☐ NÃO ☐ Paciente possui exames compatíveis com embolia pulmonar como causa de HP? SIM ☐ NÃO ☐
5	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____
6	CATETERISMO CARDÍACO DIREITO: Data: ____ / ____ / ____ ☐ PAPm: _____ ☐ POAP ou PDFVE: _____ ☐ RVP Wood: _____ PAPm: pressão arterial pulmonar média; POAP: pressão de oclusão da artéria pulmonar; PDFVE: pressão diastólica final do ventrículo esquerdo; RVP: resistência vascular pulmonar
7	INFORMAR ETIOLOGIA DA DOENÇA: ☐ 7.1 HAP Idiopática, hereditária ou induzida por drogas. 7.1.1 Caso assinalado o item acima, indicar: TESTE DE REATIVIDADE COM ÓXIDO NÍTRICO: ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO Justificativa para não realização do teste: _____ OU ☐ 7.2 HAP associada 7.2.1 Caso assinalado o item acima, indicar enfermidade associada: ☐ Colagenoses, ☐ Hipertensão Porto-pulmonar ☐ Esquistossomose ☐ HIV ☐ Cardiopatia congênita ☐ Veno-oclusiva



8	MEDICAMENTOS SOLICITADOS: <table border="1" data-bbox="236 253 1433 616"><thead><tr><th data-bbox="236 253 606 304">Medicamentos solicitado</th><th data-bbox="606 253 1433 304">Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="236 304 606 383">☐ Ambrisentana</td><td data-bbox="606 304 1433 383"></td></tr><tr><td data-bbox="236 383 606 461">☐ Bosentana</td><td data-bbox="606 383 1433 461"></td></tr><tr><td data-bbox="236 461 606 539">☐ Sildenafil</td><td data-bbox="606 461 1433 539"></td></tr><tr><td data-bbox="236 539 606 616">☐ Iloprost</td><td data-bbox="606 539 1433 616"></td></tr></tbody></table>	Medicamentos solicitado	Posologia	☐ Ambrisentana		☐ Bosentana		☐ Sildenafil		☐ Iloprost						
Medicamentos solicitado	Posologia															
☐ Ambrisentana																
☐ Bosentana																
☐ Sildenafil																
☐ Iloprost																
9	RISCO ESTRATIFICADO (CONFORME PCDT): ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO INTERMEDIÁRIO ☐ RISCO ALTO Detalhar: _____ _____ _____ _____ _____ _____															
10	CLASSE FUNCIONAL (NYHA/WHO-FC): ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV															
11	O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES DESCRITAS ABAIXO? <table border="1" data-bbox="217 1227 1452 1691"><tbody><tr><td data-bbox="217 1227 1220 1283">Doença hepática grave</td><td data-bbox="1220 1227 1308 1283">SIM ☐</td><td data-bbox="1308 1227 1452 1283">NÃO ☐</td></tr><tr><td data-bbox="217 1283 1220 1373">Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar</td><td data-bbox="1220 1283 1308 1373">SIM ☐</td><td data-bbox="1308 1283 1452 1373">NÃO ☐</td></tr><tr><td data-bbox="217 1373 1220 1507">Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)</td><td data-bbox="1220 1373 1308 1507">SIM ☐</td><td data-bbox="1308 1373 1452 1507">NÃO ☐</td></tr><tr><td data-bbox="217 1507 1220 1597">Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia</td><td data-bbox="1220 1507 1308 1597">SIM ☐</td><td data-bbox="1308 1507 1452 1597">NÃO ☐</td></tr><tr><td data-bbox="217 1597 1220 1691">Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC</td><td data-bbox="1220 1597 1308 1691">SIM ☐</td><td data-bbox="1308 1597 1452 1691">NÃO ☐</td></tr></tbody></table>	Doença hepática grave	SIM ☐	NÃO ☐	Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar	SIM ☐	NÃO ☐	Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)	SIM ☐	NÃO ☐	Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia	SIM ☐	NÃO ☐	Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC	SIM ☐	NÃO ☐
Doença hepática grave	SIM ☐	NÃO ☐														
Suspeita ou alta probabilidade de doença pulmonar venoclusiva ou hemangiomatose pulmonar capilar	SIM ☐	NÃO ☐														
Paciente com HAP-I > 75 anos e com múltiplos fatores de risco para insuficiência cardíaca com FE preservada (hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, doença arterial coronariana, fibrilação atrial, obesidade)	SIM ☐	NÃO ☐														
Paciente com HAP que permanecem estáveis e estratificados com baixo risco após tratamento prolongado (>5-10 anos) com monoterapia	SIM ☐	NÃO ☐														
Paciente com HAP-I, HAP-H ou HAP-D com teste de vasorreatividade pulmonar positivo em classe funcional I-II e resposta hemodinâmica sustentada após 1 ano de BCC	SIM ☐	NÃO ☐														



12	EXAMES COMPLEMENTARES:		
	Exames complementares	Data	Resultado
	Ecocardiograma		
	Eletrocardiograma		
	Espirometria		
	Teste de caminhada de 6 minutos (T6MC)		
	Polissonografia/Oximetria Noturna*		
	Angiotomografia de tórax ou Cintilografia Pulmonar de Perfusão		
	Ultrassonografia abdominal		
	Gasometria arterial		
	Radiografia de Tórax		
Nyha: new york heart association. Who: world health organization. Fc: functional classification * Reservado aos pacientes com sintomatologia da síndrome da apneia, hipopneia obstrutiva do sono (sahos).			
13	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: 		
14	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico		