



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b>        
3	<b>CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA):</b>  <input type="checkbox"/> I - Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações. <input type="checkbox"/> II - Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações. <input type="checkbox"/> III - Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações. <input type="checkbox"/> IV - Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de IC em repouso.
4	<b>CLASSIFICAÇÃO DA PROBABILIDADE DE DESENVOLVER IC CONFORME CRITÉRIOS DE BOSTON (Tabela 1 - Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da IC com Fração de Ejeção Reduzida):</b>  <input type="checkbox"/> Diagnóstico de IC improvável (< 4 pontos). <input type="checkbox"/> Diagnóstico de IC possível (5-7 pontos). <input type="checkbox"/> Diagnóstico de IC definitivo (8-12 pontos).
5	<b>ASSINALAR OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS PELO PACIENTE:</b>  <input type="checkbox"/> Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA ou ARA II) <input type="checkbox"/> Betabloqueadores <input type="checkbox"/> Antagonistas da aldosterona <input type="checkbox"/> Diuréticos (em caso de congestão) <input type="checkbox"/> Outros: _____
6	<b>PACIENTE JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO COM SACUBITRIL + VALSARTANA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, informar a data de início: _____  <b>PACIENTE JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO COM DAPAGLIFLOZINA?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, informar a data de início: _____
7	<b>PACIENTE AINDA SINTOMÁTICO (DISPNEIA AOS ESFORÇOS, SINAIS DE CONGESTÃO, PIORA CLÍNICA COM INTERNAÇÕES RECENTES)?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

8	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>  <hr/> <hr/> <hr/>
9	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: _____ / _____ / _____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>

Atualizado em 05/12/2024