



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____ _____
3	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA): <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	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): <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	ASSINALAR OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS PELO PACIENTE: <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	PACIENTE JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO COM SACUBITRIL + VALSARTANA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, informar a data de início: _____ PACIENTE JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO COM DAPAGLIFLOZINA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, informar a data de início: _____
7	PACIENTE AINDA SINTOMÁTICO (DISPNEIA AOS ESFORÇOS, SINAIS DE CONGESTÃO, PIORA CLÍNICA COM INTERNAÇÕES RECENTES)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



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