



FORMULÁRIO ESPECÍFICO - DPOC

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ IDADE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____									
2	CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DPOC: <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Grupo A - Grupo de baixo risco</td><td>Pouco sintomáticos quando o resultado do mMRC está entre 0 e 1 e/ou do CAT é menor que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Grupo B - Grupo de baixo risco</td><td>Muito sintomáticos quando o resultado do mMRC é igual ou maior a 2 e/ou do CAT é igual ou maior que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Grupo E - Grupo de alto risco</td><td>Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais exacerbações moderadas nos últimos 12 meses, independentemente do grau de sintomatologia (mMRC ou CAT)</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Grupo A - Grupo de baixo risco	Pouco sintomáticos quando o resultado do mMRC está entre 0 e 1 e/ou do CAT é menor que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	Grupo B - Grupo de baixo risco	Muito sintomáticos quando o resultado do mMRC é igual ou maior a 2 e/ou do CAT é igual ou maior que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	Grupo E - Grupo de alto risco	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais exacerbações moderadas nos últimos 12 meses, independentemente do grau de sintomatologia (mMRC ou CAT)
<input type="checkbox"/>	Grupo A - Grupo de baixo risco	Pouco sintomáticos quando o resultado do mMRC está entre 0 e 1 e/ou do CAT é menor que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses								
<input type="checkbox"/>	Grupo B - Grupo de baixo risco	Muito sintomáticos quando o resultado do mMRC é igual ou maior a 2 e/ou do CAT é igual ou maior que 10; nenhuma exacerbação ou uma moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses								
<input type="checkbox"/>	Grupo E - Grupo de alto risco	Uma ou mais exacerbações graves (levando a hospitalização) OU duas ou mais exacerbações moderadas nos últimos 12 meses, independentemente do grau de sintomatologia (mMRC ou CAT)								
3	HISTÓRIA CLÍNICA 3.1 ASSINALAR SOBRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: <input type="checkbox"/> Tabagista ou ex-tabagista. Informar quantidade de maços-ano: _____ <input type="checkbox"/> Exposição poluentes ambientais. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Exposição poluentes ocupacionais. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Dispneia controlada <input type="checkbox"/> Dispneia persistente <input type="checkbox"/> Respiração ofegante <input type="checkbox"/> Sensação de pressão torácica <input type="checkbox"/> Tosse crônica <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Sibilância <input type="checkbox"/> Deficiência de alfa-1 antitripsina <input type="checkbox"/> História familiar de DPOC <input type="checkbox"/> Fatores relacionados à infância: prematuridade, baixo peso ao nascer e/ou infecções respiratórias na infância <input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____									
	3.2 EXACERBAÇÕES PERSISTENTES NOS ÚLTIMOS 12 MESES? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, INFORMAR CLASSIFICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Moderada. Informar quantidade de episódios nos últimos 12 meses: _____ <input type="checkbox"/> Grave. Informar quantidade de episódios nos últimos 12 meses: _____									
	3.3 ASSINALAR PRESENÇA DE OUTROS DIAGNÓSTICOS: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Infecções broncopulmonares de repetição <input type="checkbox"/> Bronquiectasias <input type="checkbox"/> Bronquiolite Obliterante <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca Congestiva									



4	TRATAMENTOS ATUAIS: 4.1 PACIENTE EM USO DE ALGUM MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DA DPOC? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SE SIM, DESCREVER TODOS OS MEDICAMENTOS DO TRATAMENTO ATUAL: (detalhar se trata de troca, inclusão ou associação de medicamento) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
6	ASSUMO INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>