

**RELATÓRIO MÉDICO – DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
(DPOC)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DIAGNÓSTICO

Nome: _____ CNS/CPF: _____

Idade: ____ Data de Nascimento: ____/____/____

CID-10: () J44.0 () J44.1 () J44.8 () J44.9

2. HISTÓRICO CLÍNICO E PREVENÇÃO

Tabagismo: () Atual () Não tabagista () Ex-tabagista

Carga Tabágica: ____ Maços.ano

3. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A. ESPIROMETRIA: Data ____/____/____ VEF1: ____ %

B. NA AUSÊNCIA DE ESPIROMETRIA (OBRIGATÓRIO):

Valor PFE: | mMRC: (Anexo) | CAT Score (Anexo) / 40

Referência para diagnóstico presuntivo da DPOC :

Pico de fluxo expiratório: valor <350 L/min para homens e <250 L/min para mulheres;

E mMRC ≥ 2 pontos ou Escore CAT ≥ 10 pontos

C. EOSINÓFILOS

Hemograma e eosinófilos: _____ cel/mm³

D. CLASSIFICAÇÃO

GOLD A ()

GOLD B ()

GOLD E ()

4. INFORMAÇÕES ADICIONAIS RELEVANTES

5. TRATAMENTO PRESCRITO

a) () Tiotrópio + Olodaterol - (2,5/2,5 mcg) – Pacientes Grupo E com VEF1<50% e preferência de dispositivo em spray;

b) () Umeclidínio + Vilanterol (62,5/25 mcg) - Pacientes Grupo B ou E;

c) () Budesonida + Formoterol (() 200/6 mcg | () 400/12 mcg) – Pacientes Grupo E (Situações especiais);

d) () Formoterol (12 mcg) - Pacientes Grupo A;

e) () Terapia Tripla Fechada - – Preencher itens 7, 8 e 9 (Obrigatório)

*Finalizar o preenchimento e assinar se solicitação de **a), b), c) ou d)**.

** Seguir com o preenchimento da próxima página se **e)**.

Assinatura e Carimbo do Médico (CRM): _____

**FORMULÁRIO ESPECÍFICO PARA PRESCRIÇÃO DE TERAPIA TRIPLA FECHADA
(LABA + LAMA +CI)**

* **Obrigatório para solicitação do tratamento conforme Item 5.e**

6. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE (Obrigatórios para terapia tripla fechada)

Obstrução Grave: VEF1 < 50% do previsto.

Fenótipo Exacerbador: ≥ 1 exacerbação grave (hospitalização) ou ≥ 2 moderadas nos últimos 12 meses.

7. CONTAGEM DE EOSINÓFILOS (Biomarcador Decisivo):

≥ 300 cel/mm³ (Indicado para tratamento inicial em pacientes do Grupo E).

≥ 100 cel/mm³ (Indicado para pacientes já em uso de dupla terapia LABA + LAMA ou LABA + ICS que persistem com exacerbações).

8. MEDICAMENTO SOLICITADO (TERAPIA TRIPLA FECHADA)

Beclometasona 100 µg + Formoterol 6 µg + Glicopirrônio 12,5 µg (Solução aerossol - pMDI)

Fluticasona 100 µg + Umeclidínio 62,5 µg + Vilanterol 25 µg (Pó inalante)

Assinatura e Carimbo do Médico (CRM): _____

QUESTIONARIO CAT

Sintoma / Impacto	0	1	2	3	4	5	Sintoma / Impacto
Nunca tenho tosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tenho tosse o tempo todo
Não tenho catarro no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	O peito está cheio de catarro
Não sinto pressão no peito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinto muita pressão no peito
Sem falta de ar ao subir ladeira/escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muita falta de ar ao subir ladeira/escada
Sem limitações em atividades em casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito limitado em atividades em casa
Confiante para sair de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nada confiante para sair de casa
Durmo profundamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não durmo bem devido à doença
Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não tenho nenhuma energia

TOTAL DE PONTOS _____

Escala Mmrc

- () 0: Falta de ar apenas ao realizar exercício intenso;
- () 1: Falta de ar quando apressa o passo ou sobe escadas/ladeiras;
- () 2: Para algumas vezes quando anda no próprio passo ou mais devagar que pessoas da mesma idade;
- () 3: Para muitas vezes devido à falta de ar após andar ~100 metros ou poucos minutos no plano;
- () 4: Dispneia intensa; não sai de casa ou precisa de ajuda para vestir-se/banhar-se.