



**Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário para Solicitação de Medicamentos -DPOC**

CID Principal: _____ CID Secundário: _____

Nome do paciente:					
Endereço:					
CEP:		Município:		UF:	
Data de nascimento:					
Nome da mãe:					

Unidade solicitante:	
CNES:	

Número do prontuário do paciente na Unidade:												
CNS / paciente:												

Caracterização		
Escore 0 Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso ou Escore 1 Tenho falta de ar quando apresso meu passo, ou subo escadas ou ladeira ou Escore 2 Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas na minha idade	1) Broncodilatador de curta duração (β_2 agonista ou anticolinérgico ou teofilina) 2) Persistência da dispnéia: associação de drogas 3) Persistência da dispnéia: β_2 agonista de longa duração ou teofilina de ação prolongada	Fenoterol <input type="checkbox"/> † Salbutamol <input type="checkbox"/> Ipratrópio <input type="checkbox"/> Teofilina: Curta Ação <input type="checkbox"/> Longa Ação <input type="checkbox"/> Salmeterol <input type="checkbox"/> † Formoterol <input type="checkbox"/>
Escore 3 Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no plano e VEF1 > 50% pós BD	1) β_2 agonistas de longa ação ou teofilina de ação prolongada 2) Persistência da dispnéia: associar β_2 de ação prolongada e teofilina de ação prolongada	Salmeterol <input type="checkbox"/> † Formoterol <input type="checkbox"/> Teofilina Longa Ação <input type="checkbox"/>
Escore 4 Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho e VEF1 < 50% pós BD	1) β_2 agonistas de longa ação 2) persistência da dispnéia: substituir β_2 de longa ação por tiotrópio 3) persistência da dispnéia: associar tiotrópio com β_2 de longa ação 4) persistência da dispnéia: associar teofilina de ação longa 5) persistência da dispnéia: iniciara prednisona 40 mg/dia por 15 dias e dependendo da resposta suspender (não resposta) ou diminuir gradualmente a dose até o mínimo eficaz	Salmeterol <input type="checkbox"/> Formoterol <input type="checkbox"/> Tiotrópio <input type="checkbox"/> Teofilina Longa Ação <input type="checkbox"/> Prednisona <input type="checkbox"/> Prednisolona <input type="checkbox"/>
Corticóide inalatório	acrescentar quando houver 2 ou mais exacerbações anuais importantes (tratadas com corticóides sistêmicos e/ou antibióticos)	Beclometasona <input type="checkbox"/> Fluticasona <input type="checkbox"/> Budesonida <input type="checkbox"/>

Data:	/ /	CNS / médico responsável:																	
Carimbo:		CPF / médico responsável:																	
		Assinatura:																	

RECIBO

Data:	/ /	Assinatura do paciente / responsável:																	
--------------	-----	----------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--