

RELATÓRIO MÉDICO
SOLICITAÇÃO DE GLICOPIRRÔNIO, TIOTRÓPIO OU UMECLIDÍNIO

***PREENCHER TODOS OS CAMPOS**

Data: ___/___/201__

Nome do Paciente: _____

Idade: ___ anos

CID: J44.0 () ; J44.1 () ; J44.8 () ; Tempo doença: ___anos/meses

Hábito tabágico: Ex-Tabagista () ; Tabagista () ; Maços/ano ___ Parou há ___meses/anos

Tratamento do tabagismo: () SIM () NÃO

Vacinação: vacinação antiinfluenza/anti-pneumocócica: () SIM () NÃO

Tratamento: Usou $\beta 2$ agonista de longa ação sem tiotrópio? () SIM () NÃO

Se sim, especificar : () Formoterol () Salmeterol; Quanto tempo? ___meses

Outros medicamentos utilizados: Salbutamol () ; Fenoterol () ; Ipratropio () ; Teofilina () ; Bamifilina () Usa oxigenoterapia domiciliar prolongada? NÃO () SIM () ; Quanto? ___l/m; ___horas

Evolução: Apesar destas medicações, mantém dispneia MRC:

- 0 – Apresenta dispneia quando realiza exercício físico intenso;
- 1 – Apresenta dispneia quando apressa os passos, ou subo escadas ou ladeiras;
- 2 – Necessita parar algumas vezes quando ando no próprio ritmo, ou ando mais devagar do que pessoas da mesma idade;
- 3 – Necessita parar muitas vezes quando anda perto de 100 metros, devido a dispneia ou poucos minutos de caminhada no plano;
- 4 – Sente tanta dispneia que não sai de casa, ou necessita de ajuda para se vestir ou tomar banho.

Apresentou ___ exacerbações nos últimos 12 meses.

Função Pulmonar Data: ___/___/201__

VEF1/CVF < 0,7 () > 0,7 () VEF1 pós BD= _____L % previsto= ___%

Outras informações:

Assinatura e carimbo do médico