



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR  
OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Portaria Conjunta SAS/MS nº 19 de 16 de novembro de 2021



Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente  
preenche os critérios de inclusão abaixo para a utilização do medicamento

- 1) Afirmo que o (a) paciente apresenta **(assinalar no mínimo uma alternativa)**:
  - DPOC em ESTÁGIO I (Leve) ou II (Moderada)** - sem necessidade de especialista;
  - DPOC em ESTÁGIO III (Grave) ou IV (Muito Grave)** - somente pneumologista.
  
- 2) Paciente maior que quarenta anos de idade deve anexar **ESPIROMETRIA** (validade 1 ano) com resultado de:
  - ATUALMENTE SEM TRATAMENTO** = **VEF1/CVF inferior a 70% E** laudo apresentando **Distúrbio Ventilatório Obstrutivo** após o teste com broncodilatador (PÓS-BD);
  - ATUALMENTE COM TRATAMENTO** = **VEF1/CVF inferior ou superior a 70% PÓS-BD E** laudo da espirometria **Normal OU** apresentando **Distúrbio Ventilatório Obstrutivo OU Restritivo OU Combinado/Misto OU Inespecífico**.
  
- 3) Assinale os sinais e sintomas que o (a) paciente apresenta **(deve apresentar no mínimo um)**:
  - Tosse e/ou expectoração;
  - Dispneia (falta de ar);
  - Sibilos (chiado no peito);
  
- 4) Assinale os fatores de risco que o (a) paciente apresenta **(deve apresentar no mínimo um)**:
  - Paciente com idade **SUPERIOR a 40 anos** (Fator de risco);
  - Paciente com idade **INFERIOR a 40 anos** (anexar relato de **pneumologista** dos sinais e sintomas e **no mínimo um fator de risco** e exames complementares conforme PCDT/MS);
  - Inalação de qualquer gás irritante e/ou material particulado ocupacional ou domiciliar (Fator de risco);
  - Deficiência de alfa-1-antitripsina - **é necessário anexar exame** (Fator de risco individual);
  - Tabagismo atual (Fator de risco);
  - Tabagista em tratamento (Fator de risco);
  
- 5) Para solicitação de **Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol** o (a) paciente deve apresentar DPOC grave ou muito grave, sendo **obrigatório assinalar UMA das opções**:
  - Baixo risco **Grupo B: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente** por 12 - 24 semanas OU nos casos de **pneumonia**.
  - Alto risco **Grupo C: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente** por 12 - 24 semanas OU nos casos de **pneumonia**.
  - Alto risco **Grupo D: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com **VEF1 < 50% persistente** por 6 - 10 semanas OU nos casos de **pneumonia**.

6) Para solicitação de **Tiotrópio Monoidratado + Cloridrato de Olodaterol**, o (a) paciente deve apresentar **DPOC grave ou muito grave**, sendo **obrigatório assinalar UMA das opções**:

- Alto risco **Grupo C: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente por 12 - 24 semanas** OU nos casos de **pneumonia**.
- Alto risco **Grupo D: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com **VEF1 < 50% persistente por 6 - 10 semanas** OU nos casos de **pneumonia**.

\* Outros sinais e sintomas, incluindo a duração deles:

---

\* Terapias anteriores (Informar medicamentos):

---

---

Assinatura e carimbo médico (a)

---

Local e data

**DIAF**  
Diretoria de Assistência  
Farmacêutica