



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEFAP/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 declarado abaixo, preenche os critérios de inclusão para a utilização do(s) medicamento(s):

1.) Nome completo paciente:	
2.) - Medicamento (descrição completa DCB/DCI dose e forma farmacêutica):	
3.) - Medicamento (descrição completa DCB/DCI dose e forma farmacêutica):	

4.) Afirmo que o(a) usuário(a) de saúde apresenta **(assinalar no mínimo uma alternativa)**:

- 4.1.) DPOC em ESTÁGIO I (Leve) ou II (Moderada) - sem necessidade de especialista;
- 4.2.) DPOC em ESTÁGIO III (Grave) ou IV (Muito Grave) - somente pneumologista.

5.) Usuário(a) com idade maior que quarenta anos **deve anexar ESPIROMETRIA** (validade 1 ano) com resultado de (assinalar o resultado correspondente a espirometria):

- 5.1.) **ATUALMENTE SEM TRATAMENTO** = VEF1/CVF inferior a 70% E laudo apresentando **Distúrbio Ventilatório Obstrutivo** após o teste com broncodilatador (PÓS-BD);
- 5.2.) **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**.
 - 5.2.1.) **Sim**, mesmo medicamento prescrito em Receita Médica
 - 5.2.2.) **Não**, outro - Descreva: _____

6.) Assinale os sinais e sintomas que o(a) usuário(a) apresenta **(deve apresentar no mínimo um)**:

- Tosse e/ou expectoração.
- Dispneia (falta de ar).
- Sibilos (chiado no peito).

7.) Assinale os fatores de risco que o (a) usuário (a) apresenta **(deve apresentar no mínimo um)**:

- Usuário(a) com idade **SUPERIOR a 40 anos** (Fator de risco);
- Usuário(a) 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).

Ex - tabagista

8.) Para solicitação de **Brometo de Umeclidínio + Trifenatato de Vilanterol** o (a) usuário(a) deve apresentar DPOC grave ou muito grave, sendo **obrigatório assinalar UMA das opções:**

- 8.1.)** Baixo risco **Grupo B: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente** por 12 - 24 semanas;
- 8.2.)**) Alto risco **Grupo C: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente** por 12 - 24 semanas;
- 8.3.)** Alto risco **Grupo D: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com **VEF1 < 50% persistente** por 6 - 10 semanas;
- 8.4.)** Usuário(a) apresentou **PNEUMONIA** recente (Laudo médico em anexo).

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

- 9.1.)** Alto risco **Grupo C: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol ou Salmeterol 2 vezes ao dia com **VEF1 < 50% persistente por 12 - 24 semanas;**
- 9.2.)** Alto risco **Grupo D: NÃO** responsivo ao uso de Formoterol + Budesonida e Beclometasona com **VEF1 < 50% persistente por 6 - 10 semanas;**
- 9.3.)** Usuário(a) apresentou **PNEUMONIA** recente (Laudo médico em anexo).

10.) Terapias anteriores (Informar medicamentos):

11.) Outros sinais e sintomas, incluindo a duração deles:

12.) _____
Assinatura e carimbo médico (a)

13.) _____
Local e data