



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE ASMA GRAVE**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

SES:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[] VERMELHO	*Exacerbações frequentes (mais de 2 ao ano) *Internação hospitalar nos últimos 3 meses *Hipoxemia - SpO2 <= 90% *Uso de Oxigênio domiciliar *Piora dos sintomas, principalmente dispnéia e tosse *Piora funcional definida como pelo menos 2 dos seguintes: Diminuição na CPT ou CV >= 10% ou pelo menos >= 200 ml. Diminuição na DLCO >= 15% ou pelo menos >= 3ml/mm/Hg. Diminuição da SpO2 >= 4% ou aumento do gradiente alveolo-arterial de O2 >= 4 mmHg em repouso ou durante teste de exercício em relação com exame anterior.	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46
[] AMARELO	* Sintomas diários * Despertares noturnos semanais *Uso de medicação de resgate (B2 de curta) > 3 vezes semanais * Internação hospitalar no > 6 meses ate 1 ano por asma por mais de 48 horas	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46
[] VERDE	ASMA GRAVE ESTÁVEL	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46
[] AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica

Espirometria, relatório médico

Médico pneumologista ou alergista: _____ Data de solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE BRONQUIECTASIAS**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[] VERMELHO	*Exacerbações frequentes(mais de 2 ao ano) *Deficiência de Imunoglobulinas *Discinesia ciliar *Hipoxemia (SpO2 menor igual a 90%) *Uso de oxigênio domiciliar *Hemoptise nos últimos 6 meses *1 Internação nos últimos 6 meses	J47
[] AMARELO	*Hemoptise no último ano *1 Internação no último ano *Exacerbações- menos de 2 no último ano	J 47
[] VERDE	QUADRO ESTÁVEL	J47
[] AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica
Espirometria e tomografia de tórax. Relatório médico

Médico pneumologista:_____ Data de solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE HIPERTENSÃO PULMONAR**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<input type="checkbox"/> VERMELHO	*Evidencia clínica ou ecocardiográfica de insuficiência ventricular direita *Síncope frequente *Hipoxemia SpO2 <= 90% *Uso de oxigênio domiciliar *Andou menos de 165 metros no teste de caminhada	I27.0 I27.2 I26.0 I26.9
<input type="checkbox"/> AMARELO	*Síncope ocasional *Hipoxemia SpO2 entre 90- 93% *Andou de 165 a 440 metros no teste de caminhada	I27.0 I27.2 I26.0 I26.9
<input type="checkbox"/> VERDE	QUADRO ESTÁVEL	I27.0 I27.2 I26.0 I26.9
<input type="checkbox"/> AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica
Ecocardiograma, teste de caminhada (se possível) e todos exames realizados. Relatório médico ATENÇÃO: Pacientes com Hipertensão Pulmonar sabidamente associada à cardiopatia esquerda ou associada à doença pulmonar, devem ser direcionados aos ambulatórios de cardiologia e pneumologia respectivamente, A NÃO SER, que a causa secundária não justifique o grau da HP.

Médico pneumologista: _____ Data de solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

SES:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<input type="checkbox"/> VERMELHO	<ul style="list-style-type: none">○ Atendimento no P S no último ano: ≥ 10○ Internação no último ano entre 3-5○ Tratamento otimizado e uso correto dos medicamentos (Gina step 5)○ Internação em UTI ≤ 6 meses por asma com necessidade de VM	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46
<input type="checkbox"/> AMARELO	<ul style="list-style-type: none">○ Atendimento no P S no último ano: entre 5-9○ Internação no último ano entre 1-3○ Tratamento otimizado e uso correto dos medicamentos (Gina step 4)○ Internação em UTI ≤ 6 meses por asma sem necessidade de VM	J45.0 J45.1 J45.8 J45.9 J46
<input type="checkbox"/> VERDE	NÃO SE APLICA	
<input type="checkbox"/> AZUL	NÃO SE APLICA	

TRAZER

Relatório médico, Espirometria, Tomografia de tórax sem contraste e avaliação psiquiátrica

Médico pneumologista ou alergista: _____

Data de solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE DPOC GRAVE**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[] VERMELHO	*Exacerbações frequentes(mais de 2 ao ano) *Hipoxemia (SpO2 menor igual a 90%) *Uso de oxigênio domiciliar *Hemoptise nos últimos 6 meses *1 Internação no último ano por DPOC /infecção respiratória - *Atendimentos no pronto socorro no último ano: de mais de 3 *Espirometria com VEF1/CVF<70%, VEF1 < 40%, ou GOLD D.	J43.1 J43.2 J43.9 J43.8 J44.0 J44.1 J44.8 J44.9 J41.0 J42
[] AMARELO	*Exacerbações menos de 2 ao ano *Hipoxemia (SpO2 entre 90- 93%) *1 Internação nos últimos 6 meses por DPOC /infecção respiratória *Atendimentos no pronto socorro no último ano: menos de 3. *Espirometria com VEF1/CVF<70%, VEF1 < entre 40-50%. Ou GOLD B	J43.1 J43.2 J43.9 J43.8 J44.0 J44.1 J44.8 J44.9 J41.0 J42
[] VERDE	DPOC GRAVE ESTÁVEL	J43.1 J43.2 J43.9 J43.8 J44.0 J44.1 J44.8 J44.9 J41.0 J42
[] AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica
Espirometria e CT de tórax sem contraste.

Médico pneumologista:_____ Data de solicitação:___/___/_____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
EXAME DE FUNÇÃO FULMONAR
ESPIROMETRIA , MEDIDA DE VOLUMES PULMONARES, DCO, PIM,
PEM, IOS
E TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

SES:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[] VERMELHO	*Inserção protocolo de liberação de medicamentos de alto custo *Risco cirúrgico/Pré-operatório *Pré-transplante de qualquer órgão *Paciente em uso de oxigênio domiciliar *Paciente internado em hospital da SES-DF *Inserção protocolo de Hipertensão Pulmonar *Hipoxemia SpO2 <93% * Para indicação oxigênio domiciliar	QUALQUER CID
[] AMARELO	*Controle de tratamento *Investigação de dispnéia *Investigação de tosse crônica	QUALQUER CID
[] VERDE	*Controle de paciente estável	QUALQUER CID
[] AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

TRAZER

Pedido de médico da SES-DF

Médico: _____ Data de solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF
PNEUMOLOGIA
AMBULATÓRIO DE PNEUMOPATIAS
INTERSTICIAIS**

PNEUMOLOGIA ADULTO

Nome completo:

SES:

1 – Indicação clínica (História e/ou Resultado de Exames):

2 – Hipótese diagnóstica:

3 – TABELA DE PRIORIDADE ATENDIMENTO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

[] VERMELHO	<ul style="list-style-type: none">*Exacerbações frequentes (mais de 2 ao ano)*Internação hospitalar nos últimos 3 meses*Hipoxemia - SpO2 <= 90%*Uso de Oxigênio domiciliar*Piora dos sintomas, principalmente dispnéia e tosse*Piora funcional definida como pelo menos 2 dos seguintes:<ul style="list-style-type: none">**Diminuição na CPT ou CV >= 10% ou pelo menos >= 200 ml.**Diminuição na DLCO >= 15% ou pelo menos >= 3ml/mm/Hg.**Diminuição da SpO2 >= 4% ou aumento do gradiente alveolo-arterial de O2 >= 4 mmHg em repouso ou durante teste de exercício em relação com exame anterior.	J 70.2 J70.3 J70.4 J84.1 J84.8 J84.9
[] AMARELO	<ul style="list-style-type: none">*Exacerbações frequentes < 2 ao ano*Internação hospitalar entre 3 meses a 1 ano*Hipoxemia - SpO2 de 90 a 94%*Piora dos sintomas, principalmente dispnéia e tosse*Piora funcional - pelo menos 2 dos seguintes:<ul style="list-style-type: none">**Diminuição na CPT ou CV < 10% ou < 200 ml.**Diminuição na DLCO < 15% ou > 3ml/mm/Hg.**Diminuição da PaO2 < 4% durante teste de exercício em relação com exame anterior.	J 70.2 J70.3 J70.4 J84.1 J84.8 J84.9
[] VERDE	QUADRO ESTÁVEL	J 70.2 J70.3 J70.4 J84.1 J84.8 J84.9
[] AZUL	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA

Sugestão de exames e/ou procedimentos de acordo com hipótese diagnóstica
Espirometria e tomografia de tórax sem contraste
Relatório médico

Médico pneumologista: _____ Data de
solicitação: __/__/____

Necessário apresentar este formulário no ato da consulta.