

		REGISTRO DA QUALIDADE		Continuidade - Asma 02	
RQ 32.03		Vigência a partir de: 03/12/2024		Classificação: Interno	
				Edição: 01	
				Página 1/2	
SOLICITAÇÃO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA					
ASMA ALÉRGICA GRAVE (Dut 65.10) E ASMA EOSINOFÍLICA GRAVE (Dut 65.9)					
CONTINUIDADE DE MEDICAÇÃO					
Dados do paciente:					
Nome:					
Código do beneficiário:					
Idade:		Peso:		Altura:	
Dados do Médico solicitante:					
Nome:				CRM/UF:	
Especialidade:					
Cooperado: sim: () não: ()					
Dados da doença:					
Avaliação de controle de doença - ACT (asthma control test) atual					
1. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo a asma impediu a realização de atividades no trabalho, na escola ou em casa?					
☐ todo tempo ☐ maioria das vezes ☐ algumas vezes ☐ poucas vezes ☐ nenhuma vez					
2. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes teve falta de ar?					
☐ mais que uma vez por dia ☐ uma vez por dia ☐ 3 - 6 vezes por semana ☐ 1 - 2 vezes por semana ☐ nenhuma vez					
3. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes os sintomas de asma causaram despertar noturno?					
☐ 4 ou mais noites por semana ☐ 2 - 3 noites por semana ☐ 1 vez por semana ☐ 1 - 2 vezes nas 4 semanas ☐ nenhuma vez					

		REGISTRO DA QUALIDADE		Continuidade - Asma 02	
RQ 32.03		Vigência a partir de: 03/12/2024		Classificação: Interno	
				Edição: 01	
				Página 2/2	

4. Durante as últimas 4 semanas, quantas vezes usou medicamento de resgate?

☐ 3 ou mais vezes por dia

☐ 1 - 2 x por dia

☐ poucas vezes por semana

☐ uma vez por semana

☐ nenhuma vez

5. Como classificaria o controle da asma durante as últimas 4 semanas?

☐ totalmente descontrolada

☐ pobremente controlada

☐ um pouco controlada

☐ bem controlada

☐ completamente controlada

TOTAL ACT =

Dados de medicação:

Medicamento solicitado:

Posologia:

Em caso de ajuste de dose, favor justificar:

Contra indicações a imunobiológicos: não () sim ()

Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescritor.

Ass. e carimbo: Data:

Eu, , concordo com a continuidade do tratamento proposto pelo meu médico, na posologia aqui descrita, tendo o mesmo orientado quanto a efeitos colaterais, riscos e benefícios da medicação. Estou também ciente da necessidade de acompanhamento médico regular para o uso deste medicamento.

Ass.: Data:

Orientações de solicitação de continuidade de imunobiológicos para o tratamento de asma grave:

Encaminhar devidamente preenchido :

1. Formulário de Solicitação de imunobiológicos - Asma grave - continuidade,
2. Prescrição médica;
3. Carteirinha e documento do beneficiário.

ANS - n.º 371254