

Apêndice 3 - Plano de ação para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Frente

Nome: Data de Nascimento: Peso (Kg): Altura (m): Estabelecimento de Saúde: CNES: CID 10 <i>(vide verso)</i> : Vacinado contra: () gripe ()) pneumococo Comorbidade(s):	Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo pós Broncodilatador: () Sim () Não Nº Exacerbação/ano: Grau de dispneia – mMRC <i>(vide verso)</i> : PORTANTO, GOLD () A () B () C () D <i>(vide verso)</i> Situação fumante: () Nunca () Passado () Atual : _____/dia Médico:
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Orientação médica conforme quadro clínico



Estou me sentindo bem!

- Tenho quantidade de tosse e escarro no meu normal.
- Consigo fazer minhas atividades do dia-a-dia.
- Durmo bem à noite.
- Meu apetite está normal.
- Sinto disposição.



ENTÃO...

() Continue tomando seu remédio

Medicamento/Posologia

- () Continue com o uso de oxigênio
- () Continue com seu plano de reabilitação pulmonar:
- () Plano de dieta () Plano de exercícios.
- () Plano - parar de fumar

Medicamento/Posologia



Estou me sentindo doente!

- Estou tossindo mais.
- Meu escarro está mais grosso que o meu normal ou mudou de cor e volume.
- Sinto mais falta de ar do que o meu normal.
- Tenho pouca disposição para atividades do dia-a-dia.
- Meu tornozelo está mais inchado.
- Sinto um “aperto no peito”.
- Não dormi bem. Acordei por causa da falta de ar ou tosse.
- Tenho falta de apetite.
- Meu remédio não está “fazendo efeito”.



ENTÃO...

() Continue com sua medicação diária. () Descanse. () Faça respiração do “ lábio franzido ”.

Medicamento extra (usar se necessário) /Posologia
() Se não melhorar após _____ vezes de uso procure atendimento médico.



Não me sinto nada bem!

- Tenho falta de ar em repouso.
- Não durmo e nem consigo fazer qualquer atividade por causa da falta de ar.
- Tenho febre ou calafrios.
- Meu escarro tem sangue.
- Estou confuso e sonolento.
- Estou com dor no peito.



() Procure um atendimento médico imediatamente.

<p>Medidas gerais:</p> (1) Não Fume; (2) Beba bastante água; (3) Alimente-se de forma balanceada; (4) Aprenda a controlar sua respiração e tosse; (5) Utilize os medicamentos e outros tratamentos conforme orientação do seu médico; (6) Planeje suas atividades de acordo com seu ritmo; (7) Mantenha contato com amigos; (8) Exercite-se regularmente.

Plano de ação para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - Verso

Informações auxiliares para preenchimento do Plano de Ação para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

CIDs 10 contemplados:

- CID 10 J44.8 (Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica);
- CID 10 J44.9 (Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada).
- CID 10 J44.0 (Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior).

Escala de dispneia Modified Medical Research Council - mMRC:

- Grau 0: Dispneia decorrente de grandes esforços.
- Grau 1: Dispneia ao andar rápido a nível do solo ou ao subir escadas/colinas/rampas.
- Grau 2: a nível do solo, o indivíduo anda mais devagar do que as pessoas da mesma idade por causa da falta de ar, ou necessita realizar paradas para respirar ao andar a seu próprio ritmo.
- Grau 3: após uma caminhada de 100 metros ou depois de alguns minutos, mesmo estando no nível do solo, o indivíduo necessita realizar uma parada para respirar.
- Grau 4: Indivíduo tem intensa falta de ar (limitando atividades de rotina como sair de casa, se vestir ou tirar a roupa).

Classificação GOLD:

- **GOLD A:** Poucos sintomas e baixo risco de exacerbação (0 a 1/ano); nenhuma hospitalização prévia devido à exacerbação; pontuação CAT < 10 ou grau 0 a 1 de mMRC.
- **GOLD B:** Sintomas presentes; risco baixo de exacerbação (0 a 1/ano); nenhuma hospitalização prévia por exacerbação; pontuação CAT ≥ 10 ou grau de mMRC ≥ 2.
- **GOLD C:** Sintomatologia leve; alto risco de exacerbação (≥ 2/ano) ou ≥ 1 hospitalização por exacerbação; pontuação CAT < 10 ou grau 0 a 1 de mMRC.
- **GOLD D:** Maior carga de sintomas e ≥ 2 exacerbações/ ano ou ≥ 1 hospitalização por exacerbação; pontuação CAT ≥ 10 ou grau de mMRC ≥ 2.

Sugestões de terapia segundo classificação GOLD	
<p style="text-align: center;">Grupo A</p> <p style="text-align: center;">SAMA ou SABA</p> <p>*Poderá ser usado LABA se sintomas persistem com broncodilatadores de curta duração.</p>	<p style="text-align: center;">Grupo B*</p> <p style="text-align: center;">LABA ou LAMA</p> <p>*SABA ou SAMA podem ser usados adicionalmente, se necessário, para combater sintomas.</p>
<p style="text-align: center;">Grupo C</p> <p style="text-align: center;">LABA ou LAMA LABA+LAMA</p> <p>*LABA + IC pode ser usado na sobreposição DPOC/asma ou em contagem de eosinófilos superior a 300 cél/mcl</p>	<p style="text-align: center;">Grupo D</p> <p style="text-align: center;">LABA ou LAMA Ou LABA+LAMA LABA + LAMA + IC</p> <p>*LABA + IC pode ser usado na sobreposição DPOC/asma ou em contagem de eosinófilos superior a 300 cél/mcl</p>