

ANEXO 9. Formulário para coleta dos dados

Nome _____ RH _____

Telefone (DDD) _____ email _____

Sexo: Fem__ Masc__ Idade: ____ anos. Fumante: Não __ Atual __ Ex__

IMC Kg/m²:

Tempo história: ____ meses Tosse ausente__ presente__

Uso de suplementação de oxigênio: sim____, não____

Comorbidades:

Tratamentos realizados para DPI:

Dispneia: mMRC ____

Tratamento: " pirfenidona " nintedanibe " ciclofosfamida " micofenolato de
mofetila" corticoide " outros: _____

Comorbidades: _____

Prova funcional: **1:** ao diagnóstico

CVF% ____ **VEF₁%** ____ **VEF₁/CVF** _____

SaPO₂%; _____

DCO %:

Diagnóstico- Data ____/____/____;

Qual _____

Data da última consulta: ____/____/____