

Nome do paciente:

Relatório Médico

Declaro que o(a) paciente acima é portador(a) de asma (CID: J45), com sinais e sintomas compatíveis com asma moderada/grave conforme PCDT de asma do Ministério da Saúde.

Considerando o quadro clínico, há indicação do uso de _____ para melhor controle dos sintomas e prevenção de exacerbações.

Paciente apresenta limitação técnica para realização do exame:

☐ Sim ☐ Não

Se sim, especificar: _____

(Carimbo e assinatura)