

Autorização de Droga Anti-Angiogênica em Doença Macular Relacionada à Idade - Da 1a. à 3a. aplicação

Identificação do Médico Assistente

Nome	CRM	Celular
Retinólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Termo de Responsabilidade - Tratamento Restrito a Retinólogos

- Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.
- Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da UNIMED: _____

a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.

- Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.

Identificação do Paciente

Nome	Código Identificador	
Data de Nascimento	Sexo	Telefone

Critérios de Inclusão

Diagnóstico

Degeneração Macular Relacionada à Idade:

Forma Exsudativa: Olho direito Olho esquerdo Ambos os olhos

Cicatriz Disciforme: Olho direito Olho esquerdo Ambos os olhos Não apresenta

Membrana Neovascular Ativa

Não Sim

Se sim, indique os achados:

Mapeamento de Retina: Fluido sub-retiniano Hemorragia Fibrose sub-retiniana DEP

Angiografia Fluoresceínica (AGF): presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas: Não Sim

Tomografia de Coerência Óptica (OCT): Fluido sub-retiniano Fluido intra-retiniano DEP

Angiografia com Indocianina Verde (ICG): Não realizada Realizada

Achados:

Metamorfopsia: Sim Não

BAV: Sim Não

Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD: AV/ SC OE: AV/ SC
 AV/ CC AV/ CC

Achados no(s) Exame(s)

Achados de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG), Angiografia com Indocianina Verde e/ ou Tomografia de Coerência Óptica.

(Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados).

**Autorização de Droga Anti-Angiogênica em Doença Macular
Relacionada à Idade - Da 1a. à 3a. aplicação**

FB.

Observações adicionais:

Plano Terapêutico (prevendo 3 doses iniciais de Ranibizumabe espaçadas por intervalo mínimo de um mês)¹Tratamento Monocular: Olho direito Olho esquerdoTratamento Binocular:

1. Caso o tratamento inicial já tenha se iniciado, especificar abaixo olho(s) tratado(s), número de doses já empregadas e datas em que as mesmas ocorreram.

Observação:

Protocolo Adotado

Esse relatório contempla as três primeiras aplicações do medicamento ou a complementação deste esquema inicial. Para a quarta aplicação será necessário enviar o relatório "Evolução Clínica DMRI", indicando a continuidade do tratamento.

Assinatura/ /
Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Médico Autorizador Favorável ao Tratamento Necessita de informações complementares Solicitação Negada

Motivo(s) alegado(s):

FB.

V01