

Protocolo para Bloqueios Neurológicos



ANS - n.º 306126

Dados do Paciente

Nome	Número da carteira da Unimed
------	------------------------------

Nome do médico assistente

Códigos de procedimentos solicitados

.....

.....

.....

Segmento solicitado

.....

.....

1. Tem limitações físicas das atividades de vida diária (AVD'S)?

Sim Não

2. Há quanto tempo apresenta limitações das AVD'S?

.....

.....

3. Fez tratamento conservador?

Sim Não

4. Quais e por quanto tempo?

.....

.....

5. Tem hérnia discal?

Sim Não

6. Tem sinais de estenose ou instabilidade cirúrgica?

Sim Não

7. Tem cirurgia prévia no segmento a ser tratado?

Sim Não

Se sim, quais?

.....

.....

8. Já realizou bloqueio anestésico facetário ou foraminal antes? Qual resultado? (% de melhora)

.....

.....

Nome do (a) Dr. (a)	Especialidade
---------------------	---------------

CRM	Data
-----	------