

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)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

3. Fez tratamento conservador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

4. Quais e por quanto tempo?

5. Tem hérnia discal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

6. Tem sinais de estenose ou instabilidade cirúrgica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

7. Tem cirurgia prévia no segmento a ser tratado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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
-----	------