# Solicitação de Tomografia de Coerência Óptica

Unimed Campina Grande

ANS nº 367397

## Dados do Paciente

| Nome | Idade |
|---|---|
| | |

## Dados do Prestador

Solicitante

| Patologia de Base | Data do último Exame de OCT |
|---|---|
| | |
| **Achados ao Exame Biomicroscópico da Mácula** | AV/CC<br>OD:<br>OE: |
| | |

## Resultado

☐ Diagnóstico

☐ Controle de Tratamento Clínico

Droga:

## Protocolo Adotado

| | |
|---|---|
| ☐ Tratar e Estender<br>☐ Pronto | ☐ Fase de carga<br>☐ Continuidade de tratamento |

## Últimas Aplicações de Antiangiogênicos

| 1ª data: | 2ª data: | 3ª data: |
|---|---|---|

☐ Controle pós-operatório (cirurgia retiniana)