Data da solicitação:__/_____/___

Provável data da realização do procedimento: ___/___/____

Paciente: _____

Código Unimed:_____

Idade:_____

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Médico prestador:_____

Local da execução (Hospital, Clínica):_____

Exame solicitado	( ) Estudo eletrofisiológico diagnóstico (EEF + MAP) ( ) Estudo eletrofisiológico terapêutico (EEF + MAP + Ablação)
Sintoma	( ) Não ( ) Sim; especificar:
Ritmo/condução durante sintoma	( ) Não documentado ( ) Visto em monitor; especificar: ( ) Documentado; especificar:
Ritmo/condução atual	( ) Sinusal ( ) Outro; especificar
Diagnóstico de doença cardíaca	( ) Não

	( ) Sim; especificar
História familiar de doença cardíaca	( ) Não ( ) Sim; especificar
Exames já realizados (resultados significativos)	ECG: Holter: ECOCARDIO: AE : mm. FE: %. Loop: Teste de Inclinação: Outro:
Tratamentos já utilizados	( ) Fármacos; especificar ( ) Ablação ( ) Implante de marca-passo ( ) Implante de CDI ( ) Nenhum
Hipótese diagnóstica para indicação do exame	

Codificações Envolvidas :

3.09.12.01-6 (1x) Ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofreqüência. 11C.

3.09.11.15-0 (1x) Mapeamento de feixes anômalos e focos ectópicos por eletrofisiologia intracavitária, com provas. 9C.

3.09.11.11-7 (1x) Estudo Eletrofisiológico (EEF) – Mapeamento eletroeletrônico tridimensional – do sistema de condução com ou sem ação farmacológica. 7C.