LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE MARCAPASSO MULTISSÍTIO
(RESSINCRONIZAÇÃO CARDÍACA)

Data da solicitação, ___/_____/20___.
Provável data da realização do procedimento:___/___/20____.

Código Unimed:
Médico solicitante:
Celular e mail para contato Consultor/Solicitante:
Local da execução (Hospital, Clínica):

Identificação do usuário	
Nome	
Idade	
Sexo	
Etiologia da IC	( ) isquêmica ( ) não-isquêmica ( ) crônica ( ) aguda [< que 6 meses]
Classe funcional (NYHA):	( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
Ritmo	( ) Sinusal ( ) Outro – qual:
Duração do QRS (ms):	
FEVE (%):	
Neoplasia metastática ou localmente avançada	( ) NÃO ( ) SIM Especificar:
Medicações em uso	
Digoxina	( ) SIM Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
Beta-bloqueador	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
IECA	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
Espironolactona	( )SIM Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
ARA-II	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO
Diurético	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
Obs: documentos que devem ser anexados a esta ficha: - Laudo de eletrocardiograma (ECG) e/ou laudo de estudo eletrofisiológico (EEF) - Laudo ecocardiográfico - Fabricante do dispositivo solicitado - Códigos de honorários solicitados._____ _____	

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	FORNECEDOR