Data da solicitação ___/_____/____

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

Paciente: _____

Código da Carteira:_____

Idade:_____

Sexo: (  ) Masculino (  ) Feminino

Médico prestador:_____

Local da execução (Hospital, Clínica):_____

1) Carótida alvo de tratamento: Art. Carótida Interna (  ) Dir  (  ) Esq

Grau de estenose ACID: ___ (%) ACIE: ___ (%);

2) Localização anatômica da estenose (acima de C2?) (  ) sim  (  ) não

Envio do laudo ou filme de exame que comprove esta informação.

3) A(o) paciente é sintomática(o) (__) ou assintomática(o) (__)

Neurologicamente, qual o sintoma?)_____

4) Apresenta placa complexa? (  ) sim  (  ) não ;

5) Apresenta risco cirúrgico para a Endarterectomia? (  ) sim  (  ) não

Quais as co-morbidades?_____

Envio do laudo de exame que comprove esta informação. (Cateterismo, Espirometria, Teste Ergométrico, Cintilografia,...)

Qual o ASA anestésico? (  ) I (  ) II (  ) III (  ) IV (  ) V

Qual  o RCRI (Revised Cardiac Risk Index) (  ) I (  ) II (  ) III (  ) IV ;

6) Apresenta “pescoço hostil”? (Pós-cirurgia radical cervical prévia / Endarterectomia, pós-Radioterapia,etc...) (  ) sim  (  ) não _____

7) Quais os códigos de honorários solicitados:_____

_____

**Codificações Envolvidas :**

4.08.13.20-7 Colocação de stent em tronco supra aórtico. 10A.

4.08.13.07-0 Angioplastia de tronco supra aórtico. 10A.

Solicito o envio destes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido as dificuldades de compreensão da grafia e borramento na cópia e/ou Scanner.

Solicito o envio do número do telefone celular e e-mail para contato ético personalizado consultor-médico:_____

A Operadora de Saúde _____ aguardará este documento conforme descrito acima para proceder com a autorização. Desde já agradeço a sua cooperação, buscando uma melhoria e maior agilidade nos nossos processos de autorização.

**ASA**-Classificação do estado físico, risco cirúrgico (doença de base):

#ASA I: Paciente normal e saudável.

#ASA II: Paciente com patologia sistêmica tratada e compensada ( HAS, DM II, doença isquêmica, etc.).

#ASA III: Paciente ASA II descompensado ou doença avançada ( HAS com VE

grande e algum grau de ICC)

#ASA IV: Paciente moribundo. Não se espera que sobreviva sem a cirurgia.

#ASA V: Paciente com morte cerebral. Doador.

Fonte: Sociedade Americana de Anestesiologia

**Revised Cardiac Risk Index (RCRI)** Thomas H. Lee, Edward R. Marcantonio, Carol M. Mangione, Eric J. Thomas, Carisi A. Polanczyk, et al. Derivation and Prospective Validation of a Simple Index for Prediction of Cardiac Risk of Major Noncardiac Surgery. Circulation; 1999; 100: 10439.

Fatores de risco utilizados:

1) cirurgia de alto risco (inclui AAA)

2) doença cardíaca isquêmica

3) insuficiência cardíaca congestiva

4) história de doença cerebrovascular

5) diabetes em tratamento com insulina

6) creatinina pré-operatória >2.0 mg/dL

| **Número de fatores de risco** | **Classe de Risco** | **Taxa de complicações cardíacas maiores (%)** |
|---|---|---|
| 0 | I | 0,04 |
| 1 | II | 0,11 |
| 2 | III | 4 |
| 3 | IV | 9 |