Solicitação Implante Intravítreo de Polímero Farmacológico de Liberação Controlada (Ozurdex®)

Unimed Campina Grande

ANS nº 36739-7

Identificação do Médico Assistente

Nome	CRM	Telefone

Retinólogo

Sim ☐ Não ☐

Termo de Responsabilidade

Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed a consultarem o prontuário médico mantido no ambiente de consultório ou Hospital.

Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.

Identificação do Paciente

Nome Código Identificador

Data de Nascimento Sexo Telefone

Critérios para Solicitação do Evento

Diagnóstico – Edema macular pós Vitrectomia via pars plana (VVPP)

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

Especificação da evolução:

Edema macular pós Facectomia (Irvine Gass)

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

Especificação da evolução:

Uveíte não infecciosa

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

Especificar natureza etiológica/tempo de evolução:

Diabetes Mellitus:

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

Edema de mácula (EMD): ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Grave

Angiografia fluoresceínica (AGF): ☐ Angiografia fluoresceínica (AGF) ☐ Isquemia macular ☐ Neovascularização ☐ Hemorragia

Tomografia de Coerência Óptica: ☐ Fluido subfoveal ☐ Alterações cisticas ☐ MER ☐ Tração vítreo-macular (TVM)

Oclusão Vascular

☐ OVCR ☐ ORVCR

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

☐ Aguda ☐ Crônica Obs - se crônica, mencionar tempo de instalação:

Edema de mácula ☐ Sim ☐ Não

Angiografia fluoresceínica (AGF): ☐ Área (s) de hipoperfusão ☐ Neovascularização (retina ou D.O) ☐ Hemorragia Retiniana

Tomografia de Coerência Óptica: ☐ Edema Macular ☐ Edema Retiniano Difuso ☐ Cistos (Retina externa) ☐ FSR

Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD: AV/CC =	OE: AV/CC =

Solicitação Implante Intravítreo de Polímero Farmacológico de Liberação Controlada (Ozurdex®)

Unimed Campina Grande

ANS nº 36739-7

Achados no(s) Exame(s) – Campo destinado a observações adicionais

Achados complementares de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG), Angiografia com Indocianina Verde e/ ou Tomografia de Coerência Óptica

OBS.: Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.

Históricos de Eventos Previos

Pseudofácico:

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Não

Se SIM, mensurar data(s) da(s) Facectomia(s) - especificar por olho:

Olho Direito Olho Esquerdo

Se PSEUDOFÁCICO, apontar se rotura de cápsula no transoperatório:

☐ SIM ☐ Não

Laserterapia:

☐ SIM ☐ Não

se SIM, mensurar olho tratado, número de sessões, datas prévias das mesmas (por órgão acometido)

Vitrectomia via pars plana:

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Não

Se SIM, descrever data(s) prévia(s) em que o(s) eventos ocorreu(ram) (por órgão acometido).

Olho Direito Olho Esquerdo

Antiangiogênicos:

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Não

Se SIM, especificar número de aplicações prévias e data da última aplicação (por órgão acometido).

Se NÃO, justificar o motivo pelo qual esta classe de drogas foi preterida no presente caso.

(*) A autorização de cada aplicação será vinculada ao envio de guia à Unimed, acompanhada do Relatório padrão adequadamente preenchido.

Olho a Ser Tratado (OZURDEX®)

Olho Direito Olho Esquerdo

Trata-se de primeira aplicação?

☐ SIM ☐ Não

Caso se opte por marcar NÃO, informar olho que foi tratado, quantidade de eventos prévios de implante intravítreo de Ozurdex® e datas em que os mesmos ocorreram (por órgão acometido):

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente