Solicitação de Tratamento Endovascular para Aneurisma de Aorta Abdominal.

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

Paciente:
Código Unimed:
Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Médico prestador:
Local da execução (Hospital, Clínica):

Venho através desta, solicitar mais alguns subsídios para a correta análise de autorização dos procedimentos.
1) Idade e sexo da(o) paciente:_____
2) Laudo de exame de imagem diagnóstico pré-operatório (escanear);
3) O(a) paciente é sintomática(o) ou assintomática (AAA), se sintomático(a) quais os sintomas; O AAA é de crescimento rápido? Sacular?
_____
4)Apresenta risco cirúrgico para a correção cirúrgica convencional? Quais as co-morbidades?_____
Qual o ASA anestésico?_____ Qual o RCRI (Revised Cardiac Risk Index)_____;
5)Apresenta "abdomem hostil"? (Pós-múltiplas cirurgias [aderências], pós-Radioterapia,etc...)_____;
6)Quais são as medidas do Aneurisma na Tomografia ou Angiotomografia:

Dados anatômicos (Obtidos por angio/TC) Diâmetro do AAA. AP: _____mm Transverso:_____mm	Extensão colo proximal: Diâmetro do colo proximal; Angulação em relação a aorta: Forma do colo proximal cônico: ( ) sim ( )não Calcificação do colo maior de 2/3: ( ) sim ( )não Diâmetro da artéria ilíaca D: Diâmetro da artéria ilíaca E: Tortuosidade das ilíacas: ( ) sim ( )não Calcificação das ilíacas: ( ) sim ( )não Trombo circunferencial no colo: ( ) sim ( )não

Quais os códigos de honorários solicitados:_____
_____.

Solicito o envio destes esclarecimentos de maneira **tipada/digitada** devido as dificuldades de compreensão da grafia e borramento no FAX e/ou Scanner.

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

A Unimed _____ 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.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	FORNECEDOR