Solicitação de Antiangiogênicos no Tratamento do Edema Macular Secundário a Diabetes Mellitus

Unimed Campina Grande

ANS nº 367397

Identificação do Médico Assistente

Nome	CRM	Celular

Retinólogo

☐ Sim ☐ Não

Termo de Responsabilidade – Tratamento Restrito a Retinólogos

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 meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.

Identificação do Paciente

Nome	Código de Identificador

Data de Nascimento	Sexo	Telefone

Critérios Inclusão

Diagnóstico

Edema macular secundário a diabetes mellitus

Controle Clínico e Metabólico

☐ Satisfatório ☐ Insatisfatório

☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos

Mapeamento de

☐ Fluido sub-retiniano ☐ Exsudatos lipídicos ☐ Hemorragia ☐ DEP

Angiografia Fluoresceínica (AGF)

☐ Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas

Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

☐ Fluido sub ou intraretiniano ☐ Aumento da espessura macular em relação ao exame anterior ☐ EMC

Espessura foveal Olho dieito (µ) Espessura foveal Olho esquerdo (µ)

Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD AV/CC = OE AV/CC =

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

Achados 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.
A partir da 4ª (quarta) aplicação com a mesma droga, será necessário envio apenas do RELATÓRIO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Tratamento Proposto

☐ LUCENTIS® (RANIBIZUMABE) ☐ EYLEA® (AFLIBERCEPT)

Trata-se de mudança de medicamento?

☐ Sim ☐ Não

Justificativa para troca da droga

Caso se opte por marcar SIM para mudança de medicamento OU tratamento antiangiogênico anterior com a mesma droga, informar quantidade de aplicações prévias de antiangiogênicos e datas em que as mesmas ocorreram (por órgão acometido):

Olho Direito ☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos	☐ Com doses prévias de antiangiogênicos	Data da 1ª aplicação	Data da 2ª aplicação
Olho Esquerdo ☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos	☐ Com doses prévias de antiangiogênicos	Data da 1ª aplicação	Data da 2ª aplicação

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente