Unimed Solicitante:	
Hospital:	
Médico Solicitante:	
Telefone Celular:	E-mail:
Código Tabela CBHPM:	
( ) Procedimento Eletivo	( ) Procedimento Urgência

Identificação do Usuário	
Nome:	Cód Carteira:
Idade:	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Quadro clínico predominante, tempo de evolução e exame neurológico Escalas Hoehn e Yahr e UPDRS:	

Posologia atual do tratamento:

Medicações já utilizadas e tempo de uso de cada uma:

Caracterizar paraefeitos e intensidade e/ou refratariedade ao tratamento farmacológico:

Indicações e justificativa do estimulador cerebral profundo (DBS) ou da cirurgia ablativa por radiofrequência para o caso específico:

Alvo cirúrgico pretendido:

Observações:

1. **O protocolo deve ser respondido pelo neurologista clínico com ênfase em distúrbios do movimento que acompanha, avaliou ou encaminhou o paciente para tratamento cirúrgico.**
2. **Anexo a este protocolo deve constar laudo de TC e/ou RMN cerebral e testagem neuropsicológica completa**