Data da solicitação, ___/_____/____

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

Código Unimed:_____

Médico solicitante:_____

Celular e mail para contato Consultor/Solicitante:_____

Local da execução (Hospital, Clínica):_____

Identificação do usuário	
Nome	
Idade	
Sexo	
Etiologia da IC	( ) isquêmica ( ) não-isquêmica ( ) crônica ( ) aguda [< que 6 meses]
Classe funcional (NYHA):	( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV
Ritmo	( ) Sinusal ( ) Outro – qual:
Duração do QRS (ms):	
FEVE (%):	
Neoplasia metastática ou localmente avançada	( ) NÃO ( ) SIM Especificar:
Medicações em uso	
Digoxina	( ) SIM Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:

Beta-bloqueador	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
IECA	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
Espironolactona	( )SIM Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:
ARA-II	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO
Diurético	( ) SIM Qual: Dose diária:
	( ) NÃO Motivo para não-uso:

OBS: Documentos que devem ser anexados a esta ficha:

- Laudo de eletrocardiograma (ECG) e/ou laudo de estudo eletrofisiológico (EEF)
- Laudo ecocardiográfico
- Fabricante do dispositivo solicitado
- Códigos de honorários solicitados CBHPM.

_____

_____

Codificações Envolvidas :

3.09.04.06-4 Implante de estimulador cardíaco artificial multissítio. 12A.