Solicitação de Estudo Eletrofisiológico / Ablação

Unimed Campina Grande

Unimed solicitante	
Hospital	
Médico solicitante	
Celular	E-mail
Códigos CBHPM	

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome		
Idade	Sexo	Código

Exame solicitado	☐ Estudo eletrofisiológico diagnóstico ☐ Estudo eletrofisiológico terapêutico (ablação)
Sintoma	☐ Sim Especificar _____ ☐ Não
Ritmo / Condução durante sintoma	☐ Não documentado ☐ Visto em monitor Especificar _____ Documentado Especificar _____
Ritmo / Condução atual	☐ Sinusal ☐ Outro Especificar _____
Diagnóstico de doença cardíaca	☐ Sim Especificar _____ ☐ Não
História familiar de doença cardíaca	☐ Sim Especificar _____ ☐ Não
Exames já realizados (resultados significativos)	☐ ECG ☐ Teste de inclinação ☐ Holter ☐ Outro ☐ Loop
Tratamentos já utilizados	☐ Fármacos Especificar _____ ☐ Ablação ☐ Implante de CDI ☐ Implante de Marcapasso ☐ Nenum
Hipótese Diagnóstica para indicação do exame	

Observação

Documentos que devem ser anexados a esta ficha:
- Eletrocardiograma
- Documentação do ritmo na presença de sintomas (se disponível)