Ficha para Solicitação de Estudo Eletrofisiológico/Ablação

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

Paciente:
Código Unimed:
Idade:
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Médico prestador:
Celular: (para contato ético Consultor-Prestador)
e-mail:
Local da execução (Hospital, Clínica):

Exame solicitado	( ) Estudo eletrofisiológico diagnóstico ( ) Estudo eletrofisiológico terapêutico (ablação)
Sintoma	( ) Não ( ) Sim; especificar:
Ritmo/condução durante sintoma	( ) Não documentado ( ) Visto em monitor; especificar ( ) Documentado; especificar
Ritmo/condução atual	( ) Sinusal ( ) Outro; especificar
Diagnóstico de doença cardíaca	( ) Não ( ) Sim; especificar
História familiar de doença cardíaca	( ) Não ( ) Sim; especificar
Exames já realizados (resultados significativos)	ECG: Holter: Loop: Teste de Inclinação: Outro:
Tratamentos já utilizados	( ) Fármacos; especificar ( ) Ablação ( ) Implante de marca-passo ( ) Implante de CDI ( ) Nenhum
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) - Códigos AMB/92 e CBHPM solicitados_____ _____	

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.	FORNECEDOR