Solicitação de Antiangiogênicos no Tratamento do Edema Macular Secundário a OVCR/ORVCR – Inicial

Unimed Campina Grande

ANS nº 367397

Identificação do paciente

Nome	Código Identificador
Data de nascimento	Sexo	Telefone

Critérios de Inclusão

A) Oclusão de Veia Central da Retina (OVCR)
A.1 ☐ Isquêmica
A.2 ☐ Não isquêmica (Retinopatia de estase venosa)

B) Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina (ORVCR) ☐

Olho a ser tratado:
☐ Olho direito
☐ Olho esquerdo

Achados clínicos

☐ Dilatação venosa
☐ Hemorragia retiniana
☐ Exsudatos algodonosos
☐ Edema macular
☐ Edema papilar
☐ Neovascularização retina
☐ Neovascularização de disco óptico

Angiofluoresceinografia (AGF)

☐ Edema macular
☐ Áreas de hipoperfusão
☐ Neovascularização de disco
☐ Neovascularização Retina

Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

☐ Edema macular
☐ Membrana epirretiniana (MER)

Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD:	AV/CC:
OE:	AV/CC:

Achado(s) 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.

A partir da 4º (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?
☐ Não ☐ Sim

Justificativa para troca da droga:

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

Solicitação de Antiangiogênicos no Tratamento do Edema Macular Secundário a OVCR/ORVCR – Inicial

Unimed Campina Grande

ANS nº 367397

☐ Olho direito	☐ Olho esquerdo
☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos ☐ Com doses prévias de antiangiogênicos 1º aplicação: Data: 2º aplicação: Data:	☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos ☐ Com doses prévias de antiangiogênicos 1º aplicação: Data: 2º aplicação: Data:
Data da avaliação médica	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente