Solicitação de Crosslinking de Colágeno Corneano

Unimed Campina Grande

ANS nº 367397

Identificação do Médico Assistente

Nome	CRM	Telefone

Termo de Responsabilidade

Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed a consultarem o prontuário médico mantido no ambiente de consultório ou Hospital.
Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, su jeito a exame pericial.

Identificação do Paciente

Nome		Código de Identificação
Idade	Sexo	Telefone

Indicação de Crosslinking

☐ Olho Direito
☐ Olho Esquerdo

Critérios para solicitação do evento

Achados ao Exame Oftalmológico

Acuidade visual c/ correção	OD =	OE =
Refratometria dinâmica	OD =	OE =

Antecedentes

Portador de anel intraestromal	Sim ☐	Não ☐
História de ceratite herpética prévia	Sim ☐	Não ☐
Infecção concomitante	Sim ☐	Não ☐
Cicatriz corneana grave	Sim ☐	Não ☐
Opacificação corneana densa	Sim ☐	Não ☐
Doença de superfície ocular grave	Sim ☐	Não ☐
Doença auto -imune	Sim ☐	Não ☐

Dados topográficos comparativos (sina is de progressão do ceratocone)

Especificar em dioptrias a diferença da ceratometria apical máxima obtida nos mapas topográficos:	K Máximo	OD = D	OE = D	Data do Exame:
	K Máximo	OD = D	OE = D	Data do Exame:

Especificar aumento de dioptria dentro do período de acompanhamento topográfico (progressão topográfica)

OD = D	OE = D	Data do Exame:
OD = D	OE = D	Data do Exame:

Dados paquimétricos (relativos ao exame mais atual)

Espessura corneana em seu ponto mais fino	OD = (um)	OE = (um)

Data:

Assinatura e carimbo do médico assistente