



Relatório Padronizado para Solicitação de Antiangiogênicos no tratamento de Doença Macular relacionada a idade - DMRI

Tratamento inicial (De primeira a terceira aplicação) 10/01/2018

I. Identificação do Médico Assistente

| | | |
|---------------------|---------|--------------|
| 1. Nome: | 2. CRM: | 3. Telefone: |
| Retinólogo: Sim Não | | |

II. Termo de Responsabilidade - Tratamento Restrito a Retinólogos

- a. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.
- b. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Recife a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.
- c. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.

III. Identificação do Paciente

| | | |
|------------------------|--------------------------|--------------|
| 1. Nome: | 2. Código Identificador: | |
| 3. Data de Nascimento: | 4. Sexo: | 5. Telefone: |

IV. Critérios de Inclusão

A. Diagnóstico

• Degeneração Macular Relacionada à Idade:

| | | | |
|---------------------|--------------|---------------|----------------|
| Forma Exsudativa: | Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
| Cicatriz Discforme: | Olho direito | Olho esquerdo | Não apresenta |

• Membrana Neovascular Ativa: Sim Não

Se sim, indique os achados:

| | | | | |
|---|---|------------|-----------------------|-----|
| I. Mapeamento de Retina: | Fluido sub-retiniano | Hemorragia | Fibrose sub-retiniana | DEP |
| II. Angiografia Fluoresceínica (AGF): | Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas | | | |
| III. Tomografia de Coerência Óptica (OCT): | Fluido sub-retiniano | | | DEP |
| IV. Angiografia c/ Indocianina Verde (ICG): | Não realizada | | Realizada | |

Achados da ICG:

• Metamorfopsia:

• BAV: Sim Não

B. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

| | | | |
|-----|----------|-----|----------|
| OD: | AV/ CC = | OE: | AV/ CC = |
|-----|----------|-----|----------|

C. Achados 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

Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho

Versão: 1.1

Dt. Emissão: 09/01/2019

Nº. Páginas: 1 de 2

Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.

A partir da 4ª (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?

SIM

NÃO

Justificativa para troca da droga:

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

Olho direito

Olho esquerdo

sem doses prévias de antiangiogênicos

sem doses prévias de antiangiogênicos

com doses prévias de antiangiogênicos

com doses prévias de antiangiogênicos

1ª aplicação: Data:

1ª aplicação: Data:

2ª aplicação: Data:

2ª aplicação: Data:

Data da avaliação médica:

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho

Versão: 1.1

Dt. Emissão: 09/01/2019

Nº. Páginas: 2 de 2

Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.