



# Solicitação de Antangiogênicos no Tratamento do Edema Macular

Continuidade de Tratamento (a partir da quarta aplicação)

(Em conformidade com os critérios definidos pelas diretrizes estabelecidas pela Resolução Normativa ANS - RN nº 428 de 07 de novembro de 2017, que fixa as diretrizes de Atenção à Saúde Suplementar e atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde)

## I. Identificação

Nome:

Data de nascimento:

## II. Diagnóstico

Oclusão da veia Central da Retina (OVCR)

Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina (ORVCR)

Retinopatia Diabética (RD)

Membrana neovascular subretiniana secundária (MNSVR) à degeneração macular relacionada à idade (DMRI)

## III. Tratamento Proposto

LUCENTIS® (RANIBIZUMABE)

EYLEA® (AFLIBERCEPT)

## IV. Olho a ser operado

Olho Direito

Olho Esquerdo

## V. Acuidade Visual para longe CC pós tratamento (SNELLEN): Pós- Dose de Ataque ou Atual

Olho Direito:

Olho Esquerdo:

## VI. Tomografia de Coerência Óptica Macular (SCAN FOVEAL): Espessura Central da Retina Pós Dose de Ataque e Atual

Olho Direito:

Olho Esquerdo:

## VII. Trata-se de mudança de medicamento?

Não

Sim Em caso positivo, assinalar as três últimas doses do antiangiogênico

1ª aplicação: Data:

2ª aplicação: Data:

3ª aplicação: Data:

## \* Caso seja assinalado o diagnóstico de MNSVR em DMRI

Terminada a dose de carga, selecionar o protocolo:

Protocolo PRN (mensais até estabilização. Retratamento: De acordo com Acuidade Visual, hemorragia ou fluido sub ou Intra-retiniano).

Protocolo T & E (após três doses de ataque. Retratamento: Intervalo mínimo de 4 semanas e máximo de 12 semanas).

## VIII. Caso o protocolo selecionado for T & E

### Olho Direito

#### 4ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 5ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 6ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 7ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 8ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 9ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 10ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

### Olho Esquerdo

#### 4ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 5ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 6ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 7ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 8ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 9ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

#### 10ª aplicação:

Intervalo em semanas:

Atividade Prévia (OCT macular): S N

<b>11º aplicação:</b> Intervalo em semanas: Atividade Prévia (OCT macular):      S                      N	<b>11º aplicação:</b> Intervalo em semanas: Atividade Prévia (OCT macular):      S                      N
<b>12º aplicação:</b> Intervalo em semanas: Atividade Prévia (OCT macular):      S                      N	<b>12º aplicação:</b> Intervalo em semanas: Atividade Prévia (OCT macular):      S                      N
<b>IX. Documentos complementares obrigatórios a serem anexados</b>	
<b>OCT macular com SCAN FOVEAL com medida da espessura retiniana central + Retinografia*</b> * Caso se faça necessário, pode haver a necessidade de envio de angiografia fluoresceínica para melhor avaliação do protocolo.	
Data da avaliação médica:	

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente