



RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIANGIOGÊNICOS NO TRATAMENTO DO EDEMA MACULAR SECUNDÁRIO A DIABETES MELLITUS

Tratamento inicial (Da primeira a terceira aplicação) 10/01/2018 (v.1.1)

I. Identificação do Médico Assistente

Nome:	CRM:	CELULAR:
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

Nome:	Código Identificador:	
Data:	Sexo:	Telefone:

IV. Critérios de Inclusão

A. Diagnóstico

Edema Macular secundário a Diabetes Mellitus

3. Controle clínico e metabólico

Satisfatório	Insatisfatório			
Olho direito	Olho esquerdo	Ambos os olhos		
I. Mapeamento de Retina:	Fluido sub-retiniano	Exsudatos lipídicos	Hemorragia	DEP
II. Angiografia Fluoresceínica (AGF):	Presença de Vazamento de Contraste em áreas suspeitas			
III. Tomografia de Coerência óptica (OCT):	Fluido sub ou intraretiniano	Aumenta da espessura muscular em relação ao exame anterior	EMC	
	Espessura foveal Olho direito _____	Espessura foveal Olho esquerdo _____		

B. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD:	AV/CC=	OE:	AC/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

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

Autor: Dr. Reinaldo F. C. Ramalho

Versão: 1.1 Dt. Emissão: 09/01/2019 N° de páginas 1 de 2

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

com doses prévias de antiangiogênicos

sem 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 de páginas 2 de 2