



RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE CROSSLINKING DE COLÁGENO CORNEANO (CLX) - 3.03.04.15-6

I. Identificação do Médico Assistente

1. Nome:	2. CRM:	3. Telefone:
----------	---------	--------------

II. Termo de Responsabilidade

Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Recife 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, sujeito a exame pericial.

III. Identificação do Paciente

1. Nome:	2. Código Identificador:
----------	--------------------------

3. Idade:	4. Sexo:	5. Telefone:
-----------	----------	--------------

Indicação de Crosslinking:	Olho direito	Olho esquerdo
----------------------------	--------------	---------------

IV. 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 (sinais de progressão do ceratocone):

Especificar em dioptrias a diferença da ceratometria apical máxima dentro do prazo de 6 meses:

K máximo	OD = ___D	OE = ___D
----------	-----------	-----------

Data do exame:

K máximo	OD = ___D	OE = ___D
----------	-----------	-----------

Data do exame:

Especificar aumento de diopia dentro do período de acompanhamento topográfico de 1 ano (progressão topográfica):

OD = ___D	OD = ___E
-----------	-----------

Data do exame:

OD = ___D	OD = ___E
-----------	-----------

Data do exame:

Dados paquimétricos (relativos ao exame mais atual):

Espessura corneana em seu ponto mais fino =	OD ____ (µm)	OE ____ (µm)
---	--------------	--------------

Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho

Versão: 1.2

Dt. Emissão: 09/01/2019

Nº. Páginas: 1 de 1