



RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE IMPLANTE INTRAVÍTREO DE POLÍMERO FARMACOLÓGICO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA (OZURDEX®)

(Versão 1.3) 21_03_18

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

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

IV. Critérios para solicitação para o evento

A. Diagnóstico

Edema macular pós Vitrectomia via pars plana (VVPP)

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
|--------------|---------------|----------------|

Especificar tempo de evolução:

Edema macular pós Facetomia (Irvine Gass)

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
|--------------|---------------|----------------|

Especificar tempo de evolução:

Uveíte não infecciosa:

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
|--------------|---------------|----------------|

Especificar natureza etiológica / Tempo de evolução:

Diabetes Mellitus:

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
|--------------|---------------|----------------|

I. Edema de mácula (EMD): Leve Moderado Grave

II. Angiografia fluoresceínica (AGF): Extravasamento tardio (EMD) Isquemia macular

Neovascularização Hemorragia

III. Tomografia de Coerência Óptica: Fluido subfoveal Alterações císticas

MER Tração vítreo-macular (TVM)

Oclusão Vascular: OVCR ORVCR

| | | |
|--------------|---------------|----------------|
| Olho direito | Olho esquerdo | Ambos os olhos |
|--------------|---------------|----------------|

Aguda Crônica Obs - se crônica, mencionar tempo de instalação:

I. Edema de mácula: Sim Não

II. Angiografia fluoresceínica (AGF): Área (s) de hipoperfusão

Neovascularização (retina ou D.O)

Hemorragia Retiniana

III. Tomografia de Coerência Óptica:

Edema Macular Cistos (Retina externa)

Edema Retiniano Difuso FSR

Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho

Versão: 1.3

Dt. Emissão: 09/01/2019

Nº. Páginas: 1 de 2

| B. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen) | | | |
|---|--------------|---|--------|
| OD | AV/CC= | OE | AV/CC= |
| C. Achados no(s) Exame(s) – Campo destinado a observações adicionais: | | | |
| Achados complementares de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG), Angiografia com Indocianina Verde e/ ou Tomografia de Coerência Óptica. | | | |
| Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados. | | | |
| D. Históricos de eventos Prévios | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| I. Pseudofácico: | Olho direito | Olho esquerdo | Não |
| Se SIM, mensurar data(s) da(s) Facectomia(s) – especificar por olho: | | | |
| | Olho direito | Olho esquerdo | |
| Se PSEUDOFÁCICO, apontar se rotura de cápsula no transoperatório: | | | |
| | Sim | Não | |
| II. Laserterapia: | Sim | Não | |
| Se SIM, mensurar olho tratado, número de sessões, datas prévias das mesmas (por órgão acometido). | | | |
| III. Vitrectomia via pars plana: | Olho direito | Olho esquerdo | Não |
| Se SIM, descrever data(s) prévia(s) em que o(s) eventos ocorreu(ram) (por órgão acometido). | | | |
| | Olho direito | Olho esquerdo | |
| IV. Antiangiogênicos: | Olho direito | Olho esquerdo | Não |
| Se SIM, especificar número de aplicações prévias e data da última aplicação (por órgão acometido). | | | |
| Se NÃO, justificar o motivo pelo qual esta classe de drogas foi preterida no presente caso | | | |
| (*) A autorização de cada aplicação será vinculada ao envio de guia à Unimed, acompanhada do Relatório padrão adequadamente preenchido. | | | |
| V. OLHO A SER TRATADO (OZURDEX®) | | | |
| Olho direito | | Olho esquerdo | |
| Trata-se de primeira aplicação? | Não | Sim | |
| Caso se opte por marcar NÃO, informar olho que foi tratado, quantidade de eventos prévios de implante intravítreo de Ozurdex® e datas em que os mesmos ocorreram (por órgão acometido): | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Data | | Assinatura e Carimbo do Médico Assistente | |
| Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho | | | |
| Dt. Emissão: 09/01/2019 | | Versão: 1.3 | |
| | | Nº. Páginas: 2 de 2 | |