

SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO PARA INJEÇÃO INTRAVÍTEA

DATA: ____/____/____

JUDICIAL: () NÃO () SIM SPU Nº _____

JUDICIAL Nº _____

PACIENTE: _____ PRONTUÁRIO: _____

NOME DA MÃE: _____ D/N: ____/____/____

TELEFONE 1: (____) _____ TELEFONE 2: (____) _____

MUNICÍPIO EM QUE RESIDE: _____

DIAGNÓSTICO:

() - RD/EMD

RD/EMD: EDEMA MACULA DIABÉTICO

() - RD/HV

RDHV: HEMORRAGIA VÍTREA DIABÉTICA

() - OV

OV: OCLUSÃO VENOSA

() - DMRI

DMRI: DEGENERACÃO MACULAR RELACIONADA A IDADE

() - MNVSR

MNVSR: MEMBRANA NEOVASCULAR SUBRETINIANA

() - OUTRO: _____

INDICAÇÃO: () - LUCENTIS () - AVASTIN () - EYLIA () - OUTRO: _____

QUANTIDADE DE DOSES INDICADAS PELO RETINÓLOGO: OD ()

OE ()

QUANTIDADE DE DOSES DEFERIDAS PELO JUIZ: OD ()

OE ()

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO RETINÓLOGO SOLICITANTE