

I. Identificação do Médico Assistente

1. Nome	2. CRM	3. Celular
4. Retinólogo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

II. Termo de Responsabilidade - Tratamento Restrito a Retinólogos

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.

Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Londrina a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.

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 de Inclusão

a. Diagnóstico	
• Degeneração Macular Relacionada à Idade:	
Forma Exsudativa:	<input type="checkbox"/> Olho direito <input type="checkbox"/> Olho esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos os olhos
Cicatriz Disciforme:	<input type="checkbox"/> Olho direito <input type="checkbox"/> Olho esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos os olhos <input type="checkbox"/> Não apresenta
• Membrana Neovascular Ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se sim, indique os achados:	
I. Mapeamento de Retina:	<input type="checkbox"/> Fluido sub-retiniano <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Fibrose sub-retiniana <input type="checkbox"/> DEP
II. Angiografia Fluoresceínica (AGF):	Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
III. Tomografia de Coerência Óptica (OCT):	<input type="checkbox"/> Fluido sub-retiniano <input type="checkbox"/> Fluido intra-retiniano <input type="checkbox"/> DEP
IV. Angiografia c/ Indocianina Verde (ICG):	<input type="checkbox"/> Não realizada <input type="checkbox"/> Realizada
Achados da ICG:	
• Metamorfopsia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
• BAV: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
b. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)	
OD: AV/ SC	OE: AV/ SC
AV/ CC	AV/ 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 Óptica.	
Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.	

V. Plano Terapêutico *

Este relatório encerra informações referentes às 3 (três) primeiras aplicações de antiangiogênicos, (espaçadas por intervalo mínimo de 1 mês) ou à complementação deste esquema inicial.

A partir da 4ª (quarta) aplicação, será necessário envio apenas do RELATÓRIO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

(*) A autorização de cada aplicação será vinculada ao envio de guia à Unimed, acompanhada do Relatório padrão adequadamente preenchido.

TRATAMENTO PROPOSTO

LUCENTIS® (RANIMIZUMABE)

EYLEA® (AFLIBERCEPT)

Olho direito

() sem doses prévias de antiangiogênicos

() com doses prévias de antiangiogênicos

1ª aplicação: Data: / /

2ª aplicação: Data: / /

Olho esquerdo

() sem doses prévias de antiangiogênicos

() com doses prévias de antiangiogênicos

1ª aplicação: Data: / /

2ª aplicação: Data: / /

/ /

Data

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente

Médico Autorizador

Favorável ao Tratamento

Necessita de informações complementares

Solicitação Negada

Motivo(s) alegado(s):