

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

Versão 21\_01\_16

## 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 XXXXX a consultarem o prontuário médico mantido no

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

#### 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 – Consultor em Oftalmologia da Unimed XXXXXX

Versão: 01

Dt. Emissão: 21/01/2016

Nº. Páginas: 1 de 2

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

Versão 21\_01\_16

**B. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)**

<b>OD</b>	AV/CC=	<b>OE</b>	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 PREVIOS**

**I. Laserterapia:**  Sim  Não

Se SIM, mensurar número de sessões, datas prévias das mesmas (por órgão acometido)

**II. Vitrectomia via pars plana:**  Sim  Não

Se SIM, mencionar data(s) prévia(s) em que o(s) eventos ocorreuu(ram). (por órgão acometido)

**III. Antiangiogênicos:**  Sim  Não

Se SIM, especificar número de aplicações prévias e data da última aplicação (por órgão acometido).

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

**V. TRATAMENTO PROPOSTO**

OZURDEX®

Trata-se de primeira aplicação?  Não  Sim

Caso se opte por marcar NÃO, informar 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 – Consultor em Oftalmologia da Unimed XXXXXX

Versão: 01

Dt. Emissão: 21/01/2016

Nº. Páginas: 2 de 2