



# Relatório Padronizado para autorização de droga Anti-angiogênica em Doença Macular Relacionada à Idade



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome		
Celular	Retinólogo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CRM

Obs - 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 Campina Grande 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.

## 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome		Código Identificador
Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Telefone

## 3 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A - Diagnóstico: Degeneração Macular Relacionada à Idade	Forma Exsudativa ( ) Olho direito ( ) Olho esquerdo ( ) Ambos os olhos
Cicatriz disciforme ( ) Olho direito ( ) Olho esquerdo ( ) Ambos os olhos ( ) Não apresenta	
Membrana Neovascular Ativa ( ) Não ( ) Sim. Indique o(s) achado(s): _____	
I. Mapeamento de Retina: ( ) Fluido sub-retiniano ( ) Hemorragia ( ) Fibrose sub-retiniana ( ) DEP	
II. Angiografia Fluoresceínica (AGF): presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas ( ) Não ( ) Sim	
III. Tomografia de Coerência óptica (OCT): ( ) Fluido sub-retiniano ( ) Fluido intra-retiniano ( ) DEP	
IV. Angiografia com Indocianina Verde (ICG): ( ) Não realizada ( ) Realizada Achados _____	
V. Metamorfopsia ( ) Não ( ) Sim	
VI. BAV ( ) Não ( ) Sim	

## B - Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD AV/SC = _____ AV/CC = _____	OE AV/SC = _____ AV/CC = _____
--------------------------------------	--------------------------------------

C. Achados no (s) exame (s) de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG); Angiografia com Indocianina Verde e/ou Tomografia de Coerência Óptica (OCT).

Campo destinado a observações adicionais:

Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4 - PLANO TERAPÊUTICO

(prevendo 3 doses iniciais de Ranibizumabe espaçadas por intervalo mínimo de 1 mês)\*

Tipo de tratamento

( ) Monocular OD ( ) Monocular OE ( ) Binocular

\* - Caso o tratamento inicial já tenha se iniciado, especificar no campo abaixo olho(s) tratado(s), número de doses já empregadas e datas em que as mesmas ocorreram.

---

---

---

---

Protocolo Adotado:

---

---

---

---

Obs: Esse Relatório Padronizado contempla as três primeiras aplicações do medicamento ou a complementação deste esquema inicial. Para a quarta aplicação será necessário enviar o relatório "EVOLUÇÃO CLÍNICA DMRI", indicando a continuidade do tratamento.

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente:

Campina Grande, Paraíba

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Autorizador

- ( ) Favorável ao tratamento  
( ) Necessita de informações complementares

---

---

---

---

( ) Solicitação Negada


Motivos Alegados:

---

---

---

---

 **Anexo I**  
**Termo de Consentimento Esclarecido e**  
**Informado - DMRI**



Eu,

abaixo identificado (a) e firmado (a), declaro ter sido informado (a) claramente sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do anti-angiogênico, preconizados para o tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular). Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo médico

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, tendo ciências dos riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado (a) de que a aplicação intra-vítrea do **anti-angiogênico** pode trazer os seguintes benefícios:

- **Melhora da acuidade visual, ou;**
- **Manutenção da acuidade visual.**

Fui também claramente informado (a) a respeito das contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos a respeito do uso do **Ranibizumabe (Lucentis®)** no tratamento da Degeneração Macular Relacionada à Idade Exsudativa (Neovascular).

Autorizo a **Unimed Campina Grande** a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Informado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

<input type="text" value="Paciente"/>			<input type="text" value="Identidade"/>
<input type="text" value="Sexo"/>	<input type="text" value="Idade"/>	<input type="text" value="Telefones"/>	<input type="text" value="CEP"/>
<input type="text" value="Endereço"/>			<input type="text" value="Cidade/Estado"/>
<input type="text" value="Responsável legal (quando for o caso)"/>			<input type="text" value="Identidade"/>

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

<input type="text" value="Médico Responsável"/>	<input type="text" value="CRM"/>	<input type="text" value="UF"/>
<input type="text" value="Endereço"/>	<input type="text" value="Telefones"/>	

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a autorização do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada no estabelecimento credenciado e a outra será entregue ao paciente.

**Anexo II**  
**Continuidade do tratamento**  
**(a partir da Quarta aplicação)**



1. Tipo de tratamento

( ) Monocular OD ( ) Monocular OE ( ) Binocular

2. Critérios para aplicação

- ( ) Queda da AV
- ( ) Aumento do vazamento ou novos sítios de neovascularização na Angiografia Fluoresceínica (AGF)
- ( ) Presença e/ou aumento de fluido na Tomografia de Coerência Óptica (OCT)
- ( ) Aumento da MNSR
- ( ) Outros sinais de progressão

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Registro da Acuidade Visual (Snellen) AV/SC e AV/CC:

AV pré tratamento:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
4ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
5ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
6ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
7ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
8ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
9ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
10ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
11ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___
12ª aplicação:	AV/CC _____	AV/CC _____	Data: ___/___/___

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Registro dos achados mais relevantes dos exames de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceína (AFG), Angiografia com Indocianina Verde (ICG) e/ou Tomografia de Coerência Óptica (OCT) durante a evolução do tratamento (\*):

- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_
- ( ) MR ( ) AFG ( ) OCT ( ) ICG Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Resumo Laudo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* - Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.