

Unimed solicitante	
Hospital	
Médico solicitante	
Celular	E-mail
Códigos CBHPM	

## IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome		
Idade	Sexo	Código
Exame solicitado	<input type="checkbox"/> Estudo eletrofisiológico diagnóstico <input type="checkbox"/> Estudo eletrofisiológico terapêutico (ablação)	
Sintoma	<input type="checkbox"/> Sim Especificar _____ <input type="checkbox"/> Não	
Ritmo / Condução durante sintoma	<input type="checkbox"/> Não documentado <input type="checkbox"/> Visto em monitor Especificar _____ Documentado Especificar _____	
Ritmo / Condução atual	<input type="checkbox"/> Sinusal <input type="checkbox"/> Outro Especificar _____	
Diagnóstico de doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim Especificar _____ <input type="checkbox"/> Não	
História familiar de doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim Especificar _____ <input type="checkbox"/> Não	
Exames já realizados (resultados significativos)	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Holter <input type="checkbox"/> Loop	<input type="checkbox"/> Teste de inclinação <input type="checkbox"/> Outro
Tratamentos já utilizados	<input type="checkbox"/> Fármacos Especificar _____ <input type="checkbox"/> Ablação <input type="checkbox"/> Implante de Marcapasso	<input type="checkbox"/> Implante de CDI <input type="checkbox"/> Nenum
Hipótese Diagnóstica para indicação do exame		

### Observação

Documentos que devem ser anexados a esta ficha:

- Eletrocardiograma
- Documentação do ritmo na presença de sintomas (se disponível)