|  |
| --- |
| **Data da solicitação, \_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_.**  **Provável data da realização do procedimento:\_\_\_/\_\_\_/ 20\_\_\_\_\_.**  **Beneficiário:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Idade:\_\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_\_CID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Local da execução (Hospital, Clínica):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| Sintoma | ( ) Não ( ) Angina Instável  ( ) Angina Estável ( ) Dispnéia  ( ) Outro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Isquemia Miocárdica | ( ) Não documentada  ( ) Ausente  ( ) Presente, especificar (anexar laudo Cintilo, ECG,....) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| História Familiar de doença cardíaca | ( ) Sim, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Não |
| Função ventricular | ( ) Normal (FE > 50%) ( ) Disfunção ( FE < 50%)  ( ) Não documentada |
| Diagnóstico de doença cardíaca | ( ) Não  ( ) Sim; especificar:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tratamentos já realizados:  ( ) Não  ( ) Fármacos, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Angioplastia/stents: A quanto tempo, quais artérias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Cirurgia Cardíaca: Qual e a quanto tempo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Exames já realizados (descrever resultados significativos): | ECG: |
|  | Teste ergométrico: |
|  | Cintilografia Miocárdica: |
|  | Ecocardiografia ou Eco Stress: |
|  | Outro: |
| Hipótese diagnóstica para indicação do exame (CAT): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| Por gentileza, enviar estes esclarecimentos preferencialmente de maneira digitada devido ao borramento no Fax e/ ou Scanner.  **Fornecer o número do telefone celular e e-mail para contato ético personalizado consultor-cooperado**:  Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A Unimed Grande Florianópolis aguardará este documento conforme descrito acima paraproceder com a autorização. |

**Materiais Necessários:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CÓDIGO** | **DESCRIÇÃO** | **QUANT.** | **FORNECEDOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPORTANTE ANEXAR ESTA FICHA AO PEDIDO MÉDICO**