|  |
| --- |
| **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**