**Identificação do Médico Assistente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | CRM | Celular |
| Retinólogo  Sim Não |  |  |

**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:

a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informação complementares, desde que haja autorização prévia emetida pelo Diretor Técnico da Unidade.

* Em situação excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimento estando, inclusive, sujeito a exame pericial.

**Identificação do Paciente**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome | | Código Identificador | |
| Data de Nascimento | Sexo | | Telefone |

**Critérios de Inclusão**

**Diagnóstico:**

Degeneração Macular Relacionada à Idade:\_\_\_\_

Forma Exsudativa:Olho direitoOlho esquerdoAmbos os olhos

Cicatriz DisciformeOlho direitoOlho esquerdoAmbos os olhos

Membrana Noevascular Ativa: Não Sim.

Se sim, indique os achados:

Mapeamento de Retina:

Tomografia de Coerência Óptica:

Angiofluoresceinografia: