|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Sintoma** | ( ) Não  ( ) Sim; especificar: |
| 1. **Ritmo/condução atrioventricular no momento do sintoma** | ( ) Não documentado  ( ) Visto em monitor; especificar  ( ) Documentado; especificar: |
| 1. **Ritmo atual** | ( ) Sinusal ( ) Outro – qual: |
| 1. **Condução atrioventricular atual** | ( ) Normal  ( ) Bloqueio ; especificar grau: |
| 1. **Presença de causa reversível?** | ( ) Não  ( ) Sim; especificar |
| 1. **Drogas bradicardizantes (beta-bloqueador, verapamil, digoxina, amiodarona, sotalol) em uso ou para serem iniciadas?**   ( ) Não  ( ) Sim; especificar: | |
| 1. **Estas drogas poderiam ser substituídas?** ( ) Não ( ) Sim | |
| 1. **Exames (descrever resultados significativos):** | ECG: |
|  | Holter: |
|  | Monitorização prolongada: |
|  | Teste de Inclinação: |
|  | Estudo eletrofisiológico invasivo: |
| 1. **Diagnóstico para indicação do implante**: 2. **É caso de troca de gerador ? Há quantos anos possui o MP ? Motivo da troca:** | |
| 1. **Tipo de marca-passo indicado**: ( ) Câmara única ( ) Câmara dupla 2. **Qual o fabricante?** | |
| **Obs: documentos que devem ser anexados a esta ficha:**   * Laudo do eletrocardiograma (ECG) * Documentação do ritmo na presença de sintomas (quando disponível) * Códigos AMB/92 ou CBHPM solicitados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **Data da solicitação, / / .**  **Provável data da realização do procedimento: / / .**  **Beneficiário: Código da Carteira:**  **Idade: Sexo: CID:**  **Caráter de atendimento: Eletivo Urgência/Emergência**  **Médico solicitante:**  **Local da execução (Hospital, Clínica):** |

|  |
| --- |
| Por gentileza, enviar os laudos dos exames preenchidos em anexo para análise, e os esclarecimentos preferencialmente digitados devido às dificuldades de compreensão da grafia e borramento no Fax e/ou Scanner.  Fornecer o número do telefone celular e e-mail para contato.  Cel ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A Unimed Grande Florianópolis aguardará este documento conforme descrito acima para proceder com a autorização. |

**Materiais Necessários:**

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

**IMPORTANTE ANEXAR ESTA FICHA AO PEDIDO MÉDICO**