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