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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sintoma | | ( ) Não  ( ) Sim; especificar: |
| Ritmo/condução atrioventricular no momento do sintoma | | ( ) Não documentado  ( ) Visto em monitor; especificar  ( ) Documentado; especificar: |
| Ritmo atual | | ( ) Sinusal ( ) Outro – qual |
| Duração do QRS (ms): | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Realizou EEF ? | | **( )** SIM. Laudo. **( )** NÃO |
| FEVE (%): | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Neoplasia metastática ou localmente avançada? | | **( )** NÃO **( )** SIM Especificar: |
| IAM (< de 40 dias)?  AVE ou Angina Instável? | | **( )** NÃO **( )** SIM Especificar: |
| 1. **Medicações em uso:** | | |
| Digoxina | **( )** SIM Dose diária: | |
| **( )** NÃO Motivo para não-uso: | |
| Beta-bloqueador | **( )** SIM Qual: Dose diária: | |
| **( )** NÃO Motivo para não-uso: | |
| IECA | **( )** SIM Qual: Dose diária: | |
| **( )** NÃO Motivo para não-uso: | |
| Espironolactona | **( )**SIM Dose diária: | |
| **( )** NÃO Motivo para não-uso: | |
| ARA-II | **( )** SIM Qual: Dose diária: | |
| **( )** NÃO | |
| Diurético | **( )** SIM Qual: Dose diária: | |
| **( )** NÃO Motivo para não-uso: | |
| **Obs:**  **Documentos que devem ser anexados a esta ficha:**   * Laudo de eletrocardiograma (ECG) e/ou laudo de estudo eletrofisiológico (EEF) * Laudo ecocardiográfico * Fabricante do dispositivo solicitado | | |

|  |
| --- |
| 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**:  Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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**