|  |
| --- |
| 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**