|  |
| --- |
| **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):**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Etiologia da IC | **( )** isquêmica **( )** não-isquêmica **( )** crônica **( )** aguda [< que 6 meses] |
| Classe funcional (NYHA): | **( )** I **( )** II **( )** III **( )** IV |
| Ritmo | **( )** Sinusal **( )** Outro – qual: |
| Duração do QRS (ms): |   |
| FEVE (%): |   |
| Neoplasia metastática ou localmente avançada | **( )** 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
* Códigos de honorários solicitados.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| Por gentileza, enviar estes esclarecimentos de 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**