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