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

|  |
| --- |
| 1) Carótida alvo de tratamento: Art. Carótida Interna ( ) Dir ( ) Esq ( ) Outra \_\_\_\_\_Grau de estenose ACID: \_\_\_ (%) ACIE: \_\_\_ (%);2) Localização anatômica da estenose (acima de C2?) ( ) sim ( ) não;Envio do laudo ou filme de exame que comprove esta informação.3) A(o) paciente é sintomática(o) (\_\_) ou assintomática(o) (\_\_) Neurologicamente, qual o sintoma?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;4) Apresenta placa complexa? ( ) sim ( ) não ;5) Apresenta risco cirúrgico para a Endarterectomia? ( ) sim ( ) nãoQuais as co-morbidades?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Envio do laudo de exame que comprove esta informação. (Cateterismo, Espirometria, Teste Ergométrico, Cintilografia,...)Qual o ASA anestésico\*? ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) VQual o RCRI (Revised Cardiac Risk Index) ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ;6) Apresenta “pescoço hostil”? (Pós-cirurgia radical cervical prévia / Endarterectomia, pós-Radioterapia, etc...) ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;7) Quais os códigos de honorários solicitados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*ASA**-Classificação do estado físico, risco cirúrgico (doença de base):

#ASA I: Paciente normal e saudável.

#ASA II: Paciente com patologia sistêmica tratada e compensada ( HAS, DM II, doença isquêmica, etc.).

#ASA III: Paciente ASA II descompensado ou doença avançada.( HAS com VE

grande e algum grau de ICC)

#ASA IV: Paciente moribundo. Não se espera que sobreviva sem a cirurgia.

#ASA V: Paciente com morte cerebral. Doador.

Fonte: Sociedade Americana de Anestesiologia

**Revised Cardiac Risk Index (RCRI)** Thomas H. Lee, Edward R. Marcantonio, Carol M. Mangione, Eric J. Thomas, Carisi A. Polanczyk, et al. Derivation and Prospective Validation of a SimpleIndex for Prediction of Cardiac Risk of Major Noncardiac Surgery. Circulation;1999; 100: 10439.

Fatores de risco utilizados:

1) cirurgia de alto risco (inclui AAA)

2) doença cardícaca isquêmica

3) insuficiência cardíaca congestiva

4) história de doença cerebrovascular

5) diabetes em tratamento com insulina

6) creatinina pré-operatória >2.0 mg/dL

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Número De Fatores De Risco** | **Classe De Risco** | **Taxa de Complicações escardíacas Maiores (%)** |
| 0 | I | 0,04 |
| 1 | II | 0,11 |
| 2 | III | 4 |
| 3 | V | 9 |

**IMPORTANTE ANEXAR ESTA FICHA AO PEDIDO MÉDICO**