



**FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO DE CATETERISMO CARDÍACO E ANGIOPLASTIA CORONARIANA OU CAROTÍDEA OU AORTA ABDOMINAL, ILÍACAS E PERIFÉRICOS**

<b>Unimed solicitante:</b>	<b>Data:</b>
<b>Hospital:</b>	
<b>Médico solicitante:</b>	
<b>Telefone de contato:</b>	<b>E-mail:</b>
<b>Código solicitado:</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:**

<b>Nome:</b>	<b>Data de nasc:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Matrícula na Unimed:</b>		
<b>Exames ou tratamento solicitado CBHPM:</b>		
<input type="checkbox"/> Cateterismo diagnóstico		
<input type="checkbox"/> Implante de stent coronariano	<input type="checkbox"/> Convencional	Quantos? _____
	<input type="checkbox"/> Farmacológico	Quantos? _____
<input type="checkbox"/> Implante de Stent periférico		
<input type="checkbox"/> Implante de stent carotídeo	Quantos? _____	Localizar:
<input type="checkbox"/> Implante de stent aorta abdominal / Torácico –	Qual? _____	Localizar:
<b>Sintomas:</b>		
<input type="checkbox"/> Equivalente anginoso. Qual?		
<input type="checkbox"/> Angina estável		
<input type="checkbox"/> Angina instável (SIMI)		
<input type="checkbox"/> Sincope vascular		
<input type="checkbox"/> AIT prévio		
<input type="checkbox"/> AVC prévio		
<input type="checkbox"/> Massa pulsátil ou sopro		
<b>Isquemia miocárdica cerebral ou periférica:</b>		
<input type="checkbox"/> Não documentada		
<input type="checkbox"/> Ausente		
<input type="checkbox"/> Presente. Especificar.		
<b>Função Ventricular:</b>		
<input type="checkbox"/> Não documentada		
<input type="checkbox"/> Preservada ( FE > 50% )		
<input type="checkbox"/> Disfunção ( FE < 50% )		
<b>Doença cardíaca diagnosticada:</b>		
<input type="checkbox"/> Sim. Especificar.		
<input type="checkbox"/> Não.		
<b>Fatores de risco associados:</b>	<input type="checkbox"/> Sedentarismo	
<input type="checkbox"/> História familiar positiva	<input type="checkbox"/> Tabagismo	
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> Has	<input type="checkbox"/> Outros	
<b>Tratamento utilizado:</b>		
<input type="checkbox"/> Fármacos. Especificar.		
<input type="checkbox"/> Angioplastia/stent		
<input type="checkbox"/> Cirurgia de revascularização		
<b>Exames realizados ( laudos relevantes)</b>		
Anexar cópia ou original de: ECG, teste ergométrico, cintilografia miocárdica, ecocardiograma convencional e/ou stress, cateterismo prévio. Laudo descritivo de cirurgia prévia.		
<b>Hipótese diagnóstica para realização do exame:</b>		

Resumo de história clínica ( se necessário utilizar do verso ).