

**RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIANGIOTÉNICOS NO
TRATAMENTO DA DOENÇA MACULAR RELACIONADA À IDADE – DMRI**

Tratamento inicial (De primeira a terceira aplicação) 10/01/2018

I. Identificação do Médico Assistente				
1. Nome		2. CRM	3. Celular	
4. Retinólogo: Sim ☐ Não ☐				
II. Termo de Responsabilidade - Tratamento Restrito a Retinólogos				
a. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.				
b. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed XXXXX a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.				
c. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.				
III. Identificação do Paciente				
1. Nome		2. Código Identificador		
3. Data de Nascimento __/__/__		4. Sexo	5. Telefone	
IV. Critérios de Inclusão				
A. Diagnóstico				
· Degeneração Macular Relacionada à Idade:				
Forma Exsudativa:	Olho direito ☐	Olho esquerdo ☐	Ambos os olhos ☐	
Cicatriz Disciforme:	Olho direito ☐	Olho esquerdo ☐	Ambos os olhos ☐ Não apresenta ☐	
· Membrana Neovascular Ativa: Sim ☐ Não ☐				
Se sim, indique os achados:				
I. Mapeamento de Retina:	Fluido sub-retiniano ☐	Hemorragia ☐	Fibrose sub-retiniana ☐	DEP ☐
II. Angiografia Fluoresceínica (AGF):	Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas ☐			
III. Tomografia de Coerência Óptica (OCT):	Fluido sub-retiniano ☐	Fluido intra-retiniano ☐	DEP ☐	
IV. Angiografia c/ Indocianina Verde (ICG):	Não realizada ☐	Realizada ☐		
Achados da ICG:				
· Metamorfopsia: Sim ☐ Não ☐				
· BAV: Sim ☐ Não ☐				
B. Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)				
OD:	AV/ CC =		OE:	AV/ CC =
C. Achados no(s) Exame(s) – Campo destinado a observações adicionais:				
Achados de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG), Angiografia com Indocianina Verde e/ ou Tomografia de Coerência Óptica.				
Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.				
Autor: Dr Reinaldo F. C. Ramalho				
Versão: 1.1		Dt. Emissão: 10/01/2018		Nº. Páginas: 1 de 2
Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.				
A partir da 4ª (quarta) aplicação com a mesma droga, será necessário envio apenas do RELATÓRIO DE CONTINUIDADE DE TRATAMENTO .				
TRATAMENTO PROPOSTO				
☐ LUCENTIS® (RANIBIZUMABE)		☐ EYLEA® (AFLIBERCEPT)		
Trata-se de mudança de medicamento?		NÃO ☐ SIM ☐		
Justificativa para troca da droga:				
Caso se opte por marcar SIM para mudança de medicamento OU tratamento antiangiogênico anterior com a mesma droga, informar quantidade de aplicações prévias de antiangiogênicos e datas em que as mesmas ocorreram (por órgão acometido):				
☐ Olho direito		☐ Olho esquerdo		
() sem doses prévias de antiangiogênicos		() sem doses prévias de antiangiogênicos		
() com doses prévias de antiangiogênicos		() com doses prévias de antiangiogênicos		
1ª aplicação: Data: __/__/__		1ª aplicação: Data: __/__/__		
2ª aplicação: Data: __/__/__		2ª aplicação: Data: __/__/__		
Data da avaliação médica: __/__/__				
Assinatura e Carimbo do Médico Assistente				