RELATÓRIO PADRONIZADO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIANGIOGÊNICOS NO TRATAMENTO DO EDEMA MACULAR SECUNDÁRIO A OVCR/ORVCR

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

Unimed Maringá

1. Nome	2. Código Identificador	
3. Data de Nascimento / /	4. Sexo	5. Telefone

I. Critérios de Inclusão

A. Oclusão de Veia Central da Retina (OVCR) A.1 - Isquêmica ☐ A.2 - Não isquêmica (Retinopatia de estase venosa) ☐

B. Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina (ORVCR) ☐

Olho a ser tratado: Olho direito ☐ Olho esquerdo ☐

II. Achados clínicos:

Dilatação venosa ☐ Hemorragia retiniana ☐ Exsudatos algodonosos ☐
Edema macular ☐ Edema papilar ☐ Neovascularização Retina ☐ Neovascularização de disco óptico ☐

III. Angiofluoresceinografia (AGF):

Edema macular ☐ Áreas de hipoperfusão ☐ Neovascularização de disco ☐ Neovascularização Retina ☐

IV. Tomografia de Coerência Optica (OCT):

Edema macular ☐ Membrana epirretiniana (MER) ☐

V. 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.

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