

	REGISTRO DA QUALIDADE		Continuidade - UCE 02	
RQ 32.41	Vigência a partir de: 03/12/2024	Classificação: Interno	Edição: 01	Página 1/1
SOLICITAÇÃO DE TERAPIA IMUNOBiolÓGICA URTICÁRIA CRÔNICA ESPONTÂNEA (Dut 65.11)				
CONTINUIDADE DE MEDICAÇÃO				
Dados do paciente:				
Nome: _____				
Código do beneficiário: _____				
Idade: _____		Peso: _____	Altura: _____	
Dados do Médico solicitante:				
Nome: _____			CRM/UF: _____	
Especialidade: _____				
Cooperado: sim: () não: ()				
Dados da doença:				
Escore de atividade de urticária - UAS 7 - atual				
Avaliação de urticas: Avaliação de prurido:				
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
Data: / /	_____	+	_____	_____
UAS 7				_____
Dados de medicação:				
Medicamento solicitado:				
() Omalizumabe		dose: _____		
Em caso de ajuste de dose, favor justificar: _____				
Todos os campos são de preenchimento obrigatório e as informações aqui contidas são de responsabilidade do médico prescritor.				
Ass. e carimbo: _____		Data: _____		
Eu, _____, concordo com a continuidade do tratamento proposto pelo meu médico, na posologia aqui descrita, tendo o mesmo orientado quanto a efeitos colaterais, riscos e benefícios da medicação. Estou também ciente da necessidade de acompanhamento médico regular para o uso deste medicamento.				
Ass.: _____		Data: _____		

Orientações de Solicitação de imunobiológicos para urticária crônica espontânea:

Encaminhar a cada 3 meses:

- a. Formulário de solicitação de imunobiológico para UCE - continuidade de medicação - devidamente preenchido e assinado;
- b. Prescrição médica com posologia para 3 meses;
- c. Carteirinha do beneficiário.

ANS - nº 371254