



Solicitação de Antiangiogênicos no Tratamento do Edema Macular Secundário a OVCR/ORVCR – Inicial

Unimed 
Campina Grande

ANS nº 367397

Identificação do paciente

Nome		Código Identificador	
Data de nascimento	Sexo	Telefone	

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

Achados clínicos

☐ Dilatação venosa

☐ Hemorragia retiniana

☐ Exsudatos algodonosos

☐ Edema macular

☐ Edema papilar

☐ Neovascularização retina

☐ Neovascularização de disco óptico

Angiofluoresceinografia (AGF)

☐ Edema macular

☐ Áreas de hipoperfusão

☐ Neovascularização de disco

☐ Neovascularização Retina

Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

☐ Edema macular

☐ Membrana epirretiniana (MER)

Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)

OD:

AV/CC:

OE:

AV/CC:

Achado(s) 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.

A partir da 4º (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 opte por marcar 'SIM' para mudança de medicamento OU tratamento antiangiogênico anterior com a mesma droga, informar a quantidade de aplicações prévias de antiangiogênicos e datas em que as mesmas ocorreram (por órgão acometido):



Solicitação de Antiangiogênicos no Tratamento do Edema Macular Secundário a OVCR/ORVCR – Inicial



ANS nº 367397

☐ Olho direito	☐ Olho esquerdo
☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos ☐ Com doses prévias de antiangiogênicos 1º aplicação: Data: 2º aplicação: Data:	☐ Sem doses prévias de antiangiogênicos ☐ Com doses prévias de antiangiogênicos 1º aplicação: Data: 2º aplicação: Data:
Data da avaliação médica	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente