|  |
| --- |
| **Data do Procedimento:**       |
| **Médico Prestador:**       |
| **Contato Consultor/Solicitante** | **E-mail:**       | **Celular:**       |
| **Local da Execução:**       |
|

|  |
| --- |
| **Nome:**       |
| **Idade:**       | **Sexo:**       |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Sintoma** | [ ]  **Não** [ ]  **Sim** **Especificar**:       |
| **Ritmo/condução atrioventricular no momento do sintoma** | [ ]  **Não documentado** [ ]  **Visto em monitor****Especificar:**      [ ]  **Documentado** **Especificar:**       |
| **Ritmo Anual** | [ ]  **Sinusal**[ ]  **Outro****Especificar:**       |
| **Condução Atrioventricular Atual** | [ ]  **Normal**[ ]  **Bloqueio****Especificar Grau:**       |
| **Presença de Causa Reversível?** | [ ]  **Não** [ ]  **Sim** **Especificar:**       |
| **Drogas em uso ou para serem iniciadas?**  | [ ]  **Não** [ ]  **Sim** **Especificar:**       |

 |

 |

|  |
| --- |
| **EXAMES****(Descrever resultados significativos):**       |
| **ECG:** |       |
| **Holter:** |       |
| **Monitorização Prolongada:** |       |
| **Teste de Inclinação:** |       |
| **Estudo Eletrofisiológico Invasivo:** |       |

|  |
| --- |
| **Diagnóstico para indicação do implante:**       |
| **Tipo de OPME indicado:** [ ]  **Looper Implantável** **Qual o fabricante?**       |
| **Obs:** documentos que devem ser anexados a esta ficha:* Laudo do eletrocardiograma (ECG)
* Documentação do ritmo na presença de sintomas (quando disponível)

**Códigos CBHPM solicitados:**       |