|  |
| --- |
| **Identificação do Paciente:**  |
| **Nome:**       |  **Código Identificador:**       |
| **Data de Nascimento:**       | **Idade:**       | **Telefone:**       |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 1. **Critério de inclusão**
 |
| [ ]  DMRI Exsudativa  | [ ]  Edema macular diabético | [ ]  Edema macular (OVCR) | [ ]  Edema macular (ORVCR) |
| **I.I Controle clínico e metabólico** (Caso a opção Edema macular diabético seja marcada) |
| [ ]  Satisfatório [ ]  Insatisfatório |
| 1. **Olho a ser tratado**
 | [ ]  Olho direito | [ ]  Olho esquerdo |
| **Trate-se de troca de regime adotado?** | [ ]  Sim | [ ]  Sim |
| Em caso afirmativo, JUSTIFICAR o motivo e listar as datas prévias de aplicações:  |
| **Trata-se de troca de droga?** | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Em caso afirmativo, apontar as razões e listar as datas prévias de aplicações: |
| 1. **Melhor AV/CC (Pré-tratamento)**
 |
| **OLHO DIREITO** | AV/CC=       | **OLHO ESQUERDO** | AV/CC=       |
|  Data da 1ª aplicação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Data da 2ª aplicação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Data da 3ª aplicação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 1. **Observação quanto aos achados na OCT:**
 |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data da 4ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data da 5ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 6ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 7ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 8ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 9ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 10ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 11ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 12ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 13ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 14ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 15ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 16ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 17ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 18ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 19ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |
| **Data da 20ª aplicação:**  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | **Número de semanas a contar da última aplicação:**       |
| Melhor AV/CC: | OD:  | OE:  |
| **IV. Observação quanto aos achados na OCT:** |
| Presença de fluido: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| Observações adicionais:  |

\_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico Assistente