|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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