|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Identificação do Médico Assistente:**
 |  |  |
| **Nome:**       | **CRM:**       | **Telefone:**       |
| 1. **Termo de Responsabilidade**
2. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.
3. Em conformidade com a Resolução CFM 1614/2001, autorizo os auditores médicos da Unimed Londrina a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço, para informações complementares, desde que haja autorização prévia emitida pelo Diretor Técnico da Unidade.
4. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.
 |
| 1. **Identificação do Paciente:**
 |
| **Nome:**       |  **Código Identificador:**       |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:**       | **Telefone:**       |
|

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

|  |
| --- |
| 1. **Critérios de Inclusão**
 |
| 1. **Oclusão de Veia Central da Retina (OVCR)**

[ ]  Isquêmica [ ]  Não isquêmica (Retinopatia de estase venosa) |
| 1. **Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina (ORVCR)**

Olho a ser tratado: [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo |
| 1. **Achados clínicos:**
 |  |  |
| [ ]  Dilatação venosa | [ ]  Hemorragia retiniana | [ ]  Exsudatos algodonosos | [ ]  Edema macular |
| [ ]  Edema papilar | [ ]  Neovascularização Retina | [ ]  Neovascularização de disco óptico |
| 1. **Angiofluoresceinografia (AGF):**
 |
| [ ]  Edema macular | [ ]  Áreas de hipoperfusão | [ ]  Neovascularização de disco | [ ]  Neovascularização Retina |
| 1. **Tomografia de Coerência Óptica (OCT):**
 |
| [ ]  Edema macular | [ ]  Membrana epirretiniana (MER) |
| 1. **Acuidade Visual Pré Tratamento (Snellen)**
 |
| **OLHO DIREITO** | AV/CC=       | **OLHO ESQUERDO** | AV/CC=       |
| 1. **Achados no(s) Exame(s) – Campo destinado a observações adicionais:**

      |
| AA partir da 4ª (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?**[ ]  Sim [ ]  Não |
| **Justificativa para mudança da droga:**       |
| Caso se opte por marcar SIM para mudança de medicamento OU tratamento antiangiogênico anterior com a mesma droga, informar quantidade de aplicações prévias de antiangiogênicos e datas em que as mesmas ocorreram (por órgão acometido):       |
| **OLHO DIREITO** | **OLHO ESQUERDO** |
| [ ]  Sem doses prévias de antiangiogênicos | [ ]  Sem doses prévias de antiangiogênicos |
| [ ]  Com doses prévias de antiangiogênicos | [ ]  Com doses prévias de antiangiogênicos |
| 1ª aplicação - Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 1ª aplicação - Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 2ª aplicação - Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 2ª aplicação - Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: **/     /** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura e carimbo do Médico Assistente |