|  |
| --- |
| 1. **Identificação do Paciente**
 |
| **Nome:**       |  **Código Identificador:**       |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:**       | **Telefone:**       |
| 1. **Identificação do Médico Assistente**
 |
| **Nome:**       | **CRM:**       | **Telefone:**       |
|

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

|  |
| --- |
| 1. **Tratamento Proposto**

[ ]  **LUCENTIS® (RANIBIZUMABE)**  [ ]  **EYLEA® (AFLIBERCEPT)** |
| **OLHO DIREITO** | **OLHO ESQUERDO** |
| [ ]  **3 aplicações OD (Carga inicial)** | [ ]  **3 aplicações OE (Carga inicial**) |
|  (1ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ | (2ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ |  (3ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ |  (1ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ | (2ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ |  (3ª) Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| [ ]  **mais de 3 aplicações OD:** | [ ]  **mais de 3 aplicações OE:** |
| **Datas em que ocorreram as aplicações:** | **Datas em que ocorreram as aplicações:** |
| 4ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 4ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 5ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 5ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 6ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 6ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 7ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 7ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 8ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 8ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 9ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 9ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 10ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 10ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 11ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 11ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 12ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | 12ª Aplicação: | AV/CC:       | Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |
| **Registro dos achados mais relevantes:**         |
| Achados mais relevantes dos exames de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceína (AFG), Angiografia com Indocianina Verde (ICG) e/ou Tomografia de Coerência Óptica (OCT) posteriores à última aplicação: |
| MR       | AFG       | OCT       | ICG       | Data:       |
| **Resumo do Laudo:**       |
| Encaminhar laudos e imagens dos exames realizados por meio eletrônico ou em CD/DVD |

 |

 |

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