|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. **Diagnóstico**

**Degeneração Macular Relacionada à Idade:** |
| Forma Exsudativa: | [ ]  Olho direito | [ ]  Olho esquerdo | [ ]  Ambos os olhos | [ ]  Não apresenta |
| Cicatriz Disciforme: | [ ]  Olho direito | [ ]  Olho esquerdo | [ ]  Ambos os olhos | [ ]  Não apresenta |
| **Membrana Neovascular Ativa:**[ ]  Sim [ ]  Não |
| Se sim, indique os achados: |
| 1. Mapeamento de Retina:
 | [ ]  Fluido sub-retinado | [ ]  Hemorragia | [ ]  Fibrose sub-retiniana | [ ]  DEP |
| 1. Angiografia Fluoresceínica (AGF):
 | [ ]  Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas |
| 1. Tomografia de Coêrencia Óptica (OCT):
 | [ ]  Fluido sub-retiniano | [ ]  Fluido intra-retiniano | [ ]  DEP |
| 1. Angiografia c/ Indocianina Verde (ICG):
 | [ ]  Não realizada | [ ]  Realizada |
| Achados da ICG:  |
| **Metamorfopsia:** | [ ]  Sim [ ]  Não |
| **BAV:** | [ ]  Sim [ ]  Não |
| 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:**
 |
|  Achados complementares de Mapeamento de Retina (MR), Angiografia Fluoresceínica (AFG), Angiografia com Indocianina Verde e/ ou Tomografia de Coerência Óptica.  |
| Encaminhar laudos e imagens impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.A 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 troca 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 |