|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 para solicitação do evento**
2. **Diagnóstico**
 |
| **Edema macular pós Vitrectomia via pars plana (VVPP)**[ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Ambos os Olhos |
| **Especificar tempo de evolução:**       |
|  **Edema macular pós Facectomia (Irvine Gass)** [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Ambos os Olhos |
| **Especificar tempo de evolução:**       |
|  **Uveíte não infecciosa:**  [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Ambos os Olhos |
| **Especificar natureza etiológica / Tempo de evolução:**       |
|  **Diabetes Mellitus:**  [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Ambos os Olhos |
| 1. **Edema de mácula (EMD):**
 |
| [ ]  Leve  | [ ]  Moderado  | [ ]  Grave  |
| 1. **Angiografia fluoresceínica (AGF):**
 |
| [ ]  Extravasamento tardio (EMD) | [ ]  Isquemia macular | [ ]  Neovascularização |  [ ]  Hemorragia |
| 1. **Tomografia de Coerência Óptica:**
 |
| [ ]  Fluido subfoveal  |  [ ]  Alterações císticas | [ ]  MER | [ ]  Tração vítreo-macular (TVM) |
| **Oclusão Vascular:**  [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Ambos os Olhos |
|  [ ]  Aguda  | [ ]  Crônica Obs: se crônica, mencionar tempo de instalação: |
| 1. **Edema de mácula:** [ ]  Sim [ ]  Não
2. **Angiografia fluoresceínica (AGF):**

 [ ]  Área(s) de hipoperfusão [ ]  Neovascularização (retina ou D.O) [ ]  Hemorragia Retiniana1. **Tomografia de Coerência Óptica:**
 |
| [ ]  Edema macular | [ ]  Cistos (retina externa) | [ ]  Edema Retiniano Difuso | [ ]  FSR |
| 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:**

      |
| Encaminhar laudos e imagens dos exames realizados por meio eletrônico ou em CD/DVD |
| 1. **Históricos de eventos prévios**
2. **Pseudofácico:**  [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Não
 |
| Se SIM, mensurar data(s) da(s) Facectomia(s) - especificar por olho:  |  OD: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | OE: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Se PSEUDOFÁCICO, apontar se rotura de cápsula no transoperatório: | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| 1. **Laserterapia:**  [ ]  Sim [ ]  Não
 |
| Se SIM, mensurar olho tratado, número de sessões, datas prévias das mesmas (por órgão acometido).      |
| 1. **Vitrectomia via pars plana:** [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Não
 |
| Se SIM, descrever data(s) prévia(s) em que o(s) eventos ocorreu(ram) (por órgão acometido).  |  OD: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | OE: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| 1. **Antiangiogênicos:** [ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo [ ]  Não
 |
| Se SIM, especificar número de aplicações prévias e data da última aplicação (por órgão acometido).      |
| Se NÃO, justificar o motivo pelo qual esta classe de drogas foi preterida no presente caso.      |
| Obs.: a autorização de cada aplicação será vinculada ao envio de guia à Unimed, acompanhada do Relatório padrão adequadamente preenchido |
| 1. **Olho a ser tratado (OZURDEX®)**

[ ]  Olho direito [ ]  Olho esquerdo  |
| **Trata-se da primeira aplicação?**[ ]  Sim [ ]  NãoCaso se opte por marcar NÃO, informar olho que foi tratado, quantidade de eventos prévios de implante intravítreo de Ozurdex® e datas em que os mesmos ocorreram (por órgão acometido):      |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: **/     /** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |