**1. Identificação do Paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome      | Código Identificador      |
| Data de Nascimento  /  /     | Sexo | Telefone      |
|  **2. Identificação do Médico Assistente** |
| Nome       | CRM       | Celular      |
|  **3. Tratamento Proposto** |
| **[ ]  LUCENTIS® (RANIMIZUMABE)** | **[ ]  EYLEA® (AFLIBERCEPT)** |
| **[ ]  Olho direito** | **[ ]  Olho esquerdo** |
| **3.1 (**   **) 3 aplicações OD:** |  **(**   **) 3 aplicações OE:** |
|  (1ª) Data:  /  /     |  (2ª) Data:   /  /     |  (3ª) Data:   /  /     |  (1ª) Data:   /  /     |  (2ª) Data:   /  /     |  (3ª) Data:   /  /     |
|  **3.2 (**   **) 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 impressas ou em CD/DVD dos exames realizados.** |

Data:   /  /     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura e carimbo do médico assistente