**I. Identificação do Médico Assistente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Nome       |  2. CRM       |  3. Celular           |
| 4. Retinólogo [ ]  Sim [ ]  Não |
| **II. Termo de Responsabilidade - Tratamento Restrito a Retinólogos** |
| 1. 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.
2. 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.
3. Em situações excepcionais o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos estando, inclusive, sujeito a exame pericial.
 |

**III. Identificação do Paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nome

      | 1. Código Identificador

      |
| 1. Data de Nascimento

   /    /       | 1. Sexo
 | 1. Telefone

      |
| **IV. Critérios de Inclusão** |
| 1. **Diagnóstico**
 |
| * **Degeneração Macular Relacionada à Idade:**
 |
| Forma Exsudativa: | [ ]  Olho direito | [ ]  Olho esquerdo | [ ]  Ambos os olhos |
| 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-retiniano |  [ ]  Hemorragia |  [ ]  Fibrose sub-retiniana | [ ]  DEP |
| 1. Angiografia Fluoresceínica (AGF):
 | Presença de vazamento de contraste em áreas suspeitas:  | [ ]  Sim | [ ]  Não |
| 1. Tomografia de Coerência 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)**
 |
|  **OD:** | AV/ CC       | **OE:** | AV/ CC       |
| 1. **Achados no(s) Exame(s) – Campo destinado a observações adicionais:**
 |
| Achados 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**. |

|  |
| --- |
| **V. Plano Terapêutico \*** |
|  |
| Este relatório encerra informações referentes às 3 (três) primeiras aplicações de antiangiogênicos, (espaçadas por intervalo mínimo de 1 mês) ou à complementação deste esquema inicial. |
|  |
| 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?  **[ ]** NÃO **[ ]** SIMData da avaliação médica:   /  /    Justificativa para troca da droga:      Caso se opte por marcar SIM, informar quantidade de aplicações prévias de antiangiogênicos e datas em que as mesmas ocorreram (por órgão acometido): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  **Olho direito**() sem doses prévias de antiangiogênicos () com doses prévias de antiangiogênicos 1ª aplicação: Data:   /  /    2ª aplicação: Data:   /  /     | [ ]  **Olho esquerdo**() sem doses prévias de antiangiogênicos() com doses prévias de antiangiogênicos1ª aplicação: Data:   /  /    2ª aplicação: Data:   /  /     |
|  **(\*) A autorização de cada aplicação será vinculada ao envio de guia à Unimed, acompanhada do Relatório padrão adequadamente preenchido.** |
|   /  /     | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data | Assinatura e Carimbo do Médico Assistente |