**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? NÃOSIM  Data 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 antiangiogênicos  1ª 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 | |