

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO

Nome:

Cartão:

Indicação Clínica:

Solicitação Médica:

1. Informe o diagnóstico do (a) paciente:

- ☐ degeneração macular relacionada a idade (DMRI)
- ☐ edema macular diabético secundário à retinopatia diabética
- ☐ edema macular secundário a oclusão de veia central da retina (OVC)
- ☐ edema macular secundário a oclusão de ramo de veia central da retina (ORVC)
- ☐ outras indicações. Favor especificar:

2. Dados Clínicos:

Acuidade Visual corrigida (se continuidade de tratamento informar as três últimas medidas da acuidade visual e data):

OD:

OE:

Espessura Foveal:

OD:

OE:

3. Plano de Tratamento:

- ☐ Olho Direito ☐ Olho Esquerdo ☐ Ambos os olhos
- ☐ Início Tratamento ☐ Continuidade de tratamento

Caso seja continuidade, favor especificar:

Total de aplicações realizadas no olho direito:

Total de aplicações realizadas no olho esquerdo:

Data das últimas aplicações:

Medicamento:

Posologia:

Tempo total tratamento previsto(aplicações/meses):

4. Exames complementares realizados:

(☐) Tomografia de coerência óptica (OCT) (☐) Angiografia com fluoresceína (AFG) (☐) Outros
(especificar):

Atenção: favor enviar o laudo e imagens coloridas dos exames realizados (em caso de continuidade de tratamento enviar as três OCTs mais recentes).

5. Justificativa para o tratamento proposto:

CRMMG -