



Formulário de Solicitação para Tratamento Ocular Quimioterápico com Antiangiogênico

Tratamento inicial (contempla as 03 primeiras aplicações).
Critérios de liberação conforme DUT/ANS

I – Identificação do Beneficiário

Nome:	Número do cartão PAS/UFMS:
-------	----------------------------

II – Dados clínicos que embasam solicitação de início de Tratamento com Antiangiogênico

Diagnostico:	
Acometimento : ()OD ()OE ()Bilateral	
Acuidade Visual Corrigida: (Tabela de Snellen - obrigatória) OD _____ OE _____	Fóvea central com dano estrutural permanente? OD Sim () OE Sim () Não () Não ()
Tamanho da lesão na maior dimensão linear. OD _____ áreas de discos OE _____ áreas de discos	
Tem historico de contra indicação ou hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos? ()Sim – Qual? _____. ()Não.	

III – Plano Terapêutico

Tratamento: ()OE ()OE ()Bilateral
Medicamento: () Ranibizumab (Lucentis®) () Aflibercept (Eylia®)

Obrigatório o envio do Laudo de Tomografia de Coerência Óptica (OCT) ou Angiografia com Fluoresceína (AFG)

Data/Carimbo/Assinatura Médico Assistente