



Formulário de Solicitação para Tratamento Ocular Quimioterápico com Antiangiogênico

Continuidade de tratamento (a partir da 4ª aplicação).

Critérios de liberação conforme DUT/ANS

I – Identificação do Beneficiário

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

II – Solicitação para _____ aplicação.

III - Dados clínicos que embasam solicitação de continuidade de Tratamento com Antiangiogênico

Diagnostico:	
Acometimento ()OD ()OE ()Bilateral	
Data da última aplicação: ____/____/____ com : () Ranibizumab (Lucentis®) () Aflibercept (Eylia®)	
Acuidade visual corrigida anterior ao início do tratamento: (Tabela de Snellen - obrigatória) OD _____. OE _____.	Acuidade visual corrigida após ultima aplicação: OD _____. OE _____.
Possui outra patologia além da DMRI que comprometa a acuidade visual? () Sim – Qual? _____. () Não.	
Fóvea central com dano estrutural permanente? () Sim () Não	
Tamanho da lesão na maior dimesão linear antes do início do tratamento: OD _____ áreas de disco. OE _____ áreas de disco.	Tamanho da lesão na maior dimesão linear após a ultima aplicação: OD _____ áreas de disco. OE _____ áreas de disco.
Tem historico de contra indicação ou hipersensibilidade a um dos agentes antiangiogênicos? () Sim – Qual? _____. () Não.	

Obrigatório o envio de laudo de Tomografia de Coerência Óptica (OCT) realizado após a última aplicação.



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Data/Carimbo/Assinatura Médico Assistente