

 <p>Planserv Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais</p>	RELATÓRIO PADRONIZADO DMRI / OVR	 <p>Governo do Estado da Bahia Secretaria da Administração</p>
--	---	--

1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Nome:	2. CREMEB:	3. Telefone:
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. Autorizo os auditores médicos do PLANSERV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares. 3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.		

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Nome:		2. Cód. Ident. PLANSERV:	
3. Data de nascimento: ____/____/____	4. Sexo:	5. Telefone:	

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Encaminhar laudos dos exames realizados:		1. Angiografia Fluoresceínica (AFG); e 2. Tomografia de Coerência Óptica (OCT)				
Diagnóstico:	DMRI - Degeneração Macular Relacionada à Idade () Seca () Exsudativa OVR - Oclusão da Veia Retiniana ()					
Acometimento:	() Unilateral		() Bilateral			
Acuidade Visual (Snellen):	OD		OE		Binocular	
	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/ Correção
Foram utilizados recursos ópticos mais sofisticados?	() Não		() Sim. Quais?			

4. PLANO TERAPÊUTICO

1. Tratamento Monocular:	() Olho Direito ou () Olho Esquerdo	
2. Medicamento:	3. Posologia:	

Obs: Este Relatório Padronizado contempla as três primeiras aplicações do medicamento; para a quarta aplicação será necessário enviar ao Planserv o relatório "EVOLUÇÃO CLÍNICA DMRI / OVR", indicando a continuidade do tratamento.

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____ Data: ____/____/____