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

1. IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1. Nome:	2. CREMEB:	3. Telefone:
<p>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.</p>		

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

3. EVOLUÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico	DMRI () OVR ()					
Encaminhar laudos dos exames realizados para as próximas autorizações:	1. Angiografia Fluoresceínica (AFG); e/ou 2. Tomografia de Coerência Óptica (OCT)					
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. CONTINUIDADE DO TRATAMENTO – data da última aplicação ____ / ____ / ____

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

Encaminhar um relatório “EVOLUÇÃO CLÍNICA DMRI / OVR” para cada nova aplicação do medicamento.

Assinatura e carimbo do médico assistente: _____

Data: ____/____/____