



CAPESESP

Relatório Padronizado de DMRI (I)

Identificação do Médico Assistente

Nome	CRM	Telefone celular
Retinólogo? () SIM () Não	Tratamento restrito a Retinólogos. Favor encaminhar documento comprobatório da habilitação em Retinologia,	Telefone
1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e o 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 da Capesesp a consultarem o prontuário médico mantido em meu serviço para informações complementares. 3. A critério médico, o associado poderá ser contatado para maiores esclarecimentos.		

Identificação do Paciente

Nome	Matrícula	
Data de Nascimento	Sexo	Telefone

Critérios de Inclusão

Encaminhar laudos dos exames realizados	1. Angiografia Fluoresceínica () 2. Tomografia de Coerência Óptica (OCT) ()			
Diagnóstico:	Degeneração Macular Relacionada à Idade () Seca () Exsudativa			
Acometimento:	() Unilateral () Bilateral			
Acuidade Visual (Snellen)	OD	OE	Binocular	
	S/ Correção C/ Correção	S/ Correção C/ Correção	S/ Correção C/ Correção	S/ Correção C/ Correção
Foram utilizados recursos ópticos mais sofisticados:	() NÃO () SIM. Quais?			

Plano Terapêutico

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

Obs.: Este Relatório padronizado contempla as três primeiras aplicações do medicamento. Para a quarta aplicação será necessário enviar à Capesesp o "Relatório Padronizado DMRI II - Tratamento Sequencial, indicando a continuidade do tratamento.

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

Reservado à Capesesp

Médico Auditor: () Favorável ao tratamento () Em exigência () Não preenche os critérios para DMRI
Observação: