



CAPESESP

Relatório Padronizado de DMRI (II)

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

Evolução Clínica

Encaminhar laudos dos exames realizados	1. Angiografia Fluoresceínica (AFG) e/ou () 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
Foram utilizados recursos ópticos mais sofisticados:	() NÃO	() SIM. Quais?			

Continuidade do Tratamento - data da última aplicação ___/___/___.

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

Encaminhar o Relatório Padronizado DMRI (II) - Tratamento Sequencial.

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

Reservado à Capesesp

Médico Auditor: () Favorável ao tratamento () Em exigência () Não preenche os critérios para manutenção do tratamento

Observação: