

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM - DUT2

CID:

Indicação Clínica:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica:

1. Pacientes sintomáticos:

- ☐ Episódios recorrentes de hipoglicemia hipocetótica
- ☐ Deterioração neurológica rápida (letargia, ataxia, convulsões ou coma)
- ☐ Síndrome de Reye ou "Reye-like"
- ☐ Cardiomiopatia dilatada ou hipertrófica sem diagnóstico etiológico
- ☐ Miopatia esquelética (fraqueza, dor muscular, rabdomiólise)
- ☐ Doença neuromuscular

Observações clínicas adicionais:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 2 da ANS para cobertura do procedimento de **ACILCARNITINAS, PERFIL QUALITATIVO E/OU QUANTITATIVO COM ESPECTROMETRIA DE MASSA EM TANDEM**.

Assinatura: _____

Data: __/__/__