

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA– DUT 110.1

INDICAÇÃO CLÍNICA

Justificativa Clínica

Estatura desproporcional: () Sim () Não

Achados clínicos e radiológicos (marcar os presentes):

() Macrocrania

() Rizomelia

() Mãos em tridente

() Hiperlordose lombar

() Outros: _____

Exames já realizados

() Radiografia

() Exame físico

() Heredograma

() Outros: _____

Solicitação

() Análise molecular para mutações no gene FGFR3

() c.1138G>A

() c.1138G>C

() c.1620C>A

() c.1620C>G

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório médico detalhado, contendo:

- Justificativa clínica para a investigação de Acondroplasia ou Hipocondroplasia.
- Descrição dos achados clínicos e radiológicos sugestivos, como:
 - Acondroplasia: macrocrania com fronte ampla, rizomelia, limitação da extensão dos cotovelos, braquidactilia, mãos em tridente, geno varo, hiperlordose lombar, entre outros.
 - Hipocondroplasia: macrocrania com face normal, rizomelia ou mesomelia, mãos e dedos curtos, hiperlordose lombar, deficiência intelectual, entre outros

2. Exames de imagem e laudos radiológicos que sustentem os achados clínicos.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.1 da ANS para cobertura do procedimento ACONDROPLASIA/HIPOCONDROPLASIA.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ___/___/___