

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome/CRM:

Telefone:

PROCEDIMENTO

CALPROTECTINA FECAL- DUT 134

INDICAÇÃO CLÍNICA PARA CALPROTECTINA FECAL CONFORME DUT 134

() Diarreia crônica, recidivante, associada ou não a sintomas de:

() Dor abdominal

() Náuseas

() Vômitos

Objetivo: Diferenciar entre Síndrome do Intestino Irritável (SII) e Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) crônicas.

() Monitoramento de paciente com Doença Inflamatória Intestinal (DII) em remissão:

() Doença de Crohn

() Retocolite Ulcerativa

CID(s) relacionado(s): _____

Indicação Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 134 da ANS para cobertura do procedimento de Calprotectina Fecal.

Assinatura: _____

Data: __/__/____