

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA-DUT 110.9

INDICAÇÃO CLÍNICA

Dados Clínicos

CID: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Exames Realizados:

☐ Dosagem de Alfa-1 Antitripsina (nível plasmático): _____ mg/dL

☐ Biópsia hepática com PAS: ☐ Positiva ☐ Negativa

☐ Imagem (TC/RX) com enfisema em lobos inferiores: ☐ Sim ☐ Não

Idade do paciente no momento do diagnóstico: _____ anos

Justificativa Clínica

(Descrever brevemente a história clínica, sintomas, histórico familiar, e motivo da solicitação do exame ou tratamento)

Solicitação

☐ Análise molecular para Deficiência de Alfa 1-Antitripsina

☐ Solicitação de medicamento Alfa 1-Antitripsina (se aplicável)

- Dose: _____ mg/kg

- Frequência: _____

- Duração estimada: _____

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
Cópia dos exames laboratoriais e de imagem
Relatório médico detalhado
Declaração do Médico
Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.9 da ANS para cobertura do procedimento DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA .
Assinatura/carimbo: _____
Data: ____/____/____