

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL-DUT 34

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico Clínico:

CID-10: _____

Estágio do Ceratocone: I II III IV

Critérios do Grupo I (todos devem ser preenchidos):

- Ceratometria anterior máxima (K): _____ D (deve ser > 53 D e < 75 D)
- Ausência de cicatriz central
- Espessura corneana (paquimetria): _____ μm (deve ser > 300 μm)
- Visão insatisfatória com óculos e lentes de contato
- Intolerância ao uso de lentes de contato
- Todas as modalidades de tratamento clínico foram tentadas

Critérios do Grupo II (nenhum deve estar presente):

- Ceratocone com opacidade severa da córnea
 - Hidropsia da córnea
 - Associação com processo infeccioso local ou sistêmico em atividade
 - Síndrome de erosão recorrente da córnea
- recorrente da córnea.

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Topografia Corneana

Paquimetria

Ceratometria

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 34 da ANS para cobertura do procedimento de IMPLANTE DE ANEL INTRAESTROMAL.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____