

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE– DUT 51

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica para Laserterapia

Tipo de tratamento oncológico em curso:

- ☐ Quimioterapia
- ☐ Radioterapia
- ☐ Quimiorradioterapia

Local da mucosite:

- ☐ Cavidade oral
- ☐ Orofaringe

Grau da mucosite (segundo escala OMS ou WHO):

- ☐ Grau 1
- ☐ Grau 2
- ☐ Grau 3
- ☐ Grau 4

Sintomas apresentados:

- ☐ Dor
- ☐ Dificuldade para se alimentar
- ☐ Infecções secundárias
- ☐ Outro: _____

Justificativa Clínica

Descrever brevemente a necessidade da laserterapia:

5. Protocolo de Tratamento Proposto

Tipo de laser: _____

Frequência das sessões: _____

Duração prevista do tratamento: _____

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado

Exames complementares (se houver)

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 51 da ANS para cobertura do procedimento de LASERTERAPIA PARA O TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL/OROFARINGE.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____