

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

PAINEL DE GENES PARA CÂNCER DE MAMA E/OU OVÁRIO– DUT 110.26

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica

- ☐ Diagnóstico atual de câncer de mama
- ☐ Diagnóstico atual de câncer de ovário epitelial
- ☐ Diagnóstico prévio de câncer de mama
- ☐ Diagnóstico prévio de câncer de ovário epitelial

Critérios Clínicos para Cobertura (marcar ao menos dois)

- ☐ Síndrome de Câncer de Mama e Ovário Hereditários
- ☐ Síndrome de Lynch
- ☐ Síndrome de Peutz-Jeghers
- ☐ Síndrome de Cowden
- ☐ Síndrome de Li-Fraumeni
- ☐ Síndrome de Câncer Gástrico Difuso Hereditário

Exames Anteriores

- ☐ Resultado negativo para mutações germinativas de BRCA1 e BRCA2 por:
- ☐ Sequenciamento
- ☐ MLPA

Justificativa Clínica

Descrever brevemente o histórico familiar, achados clínicos e a razão da solicitação do painel genético:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Solicitação médica detalhada contendo:

- Indicação clínica para o exame.
- Hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado.
- Justificativa para a análise genética.

2. Relatório clínico completo, com:

- Histórico pessoal e familiar de câncer (mama, ovário, pâncreas, próstata).
- Idade de início dos tumores.
- Heredograma (árvore genealógica com histórico de câncer na família).

3. Laudos de exames anteriores, como:

- Biópsias.
- Imagens (mamografia, ressonância, etc.).
- Imuno-histoquímica (quando aplicável).

4. Critérios clínicos da DUT 110.26 como:

- Diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos.
- Câncer de ovário epitelial em qualquer idade.
- Câncer de mama masculino.
- Presença de dois ou mais casos de câncer relacionados na família.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.26 da ANS para cobertura do procedimento PAINEL DE GENES PARA CÂNCER DE MAMA E/OU OVÁRIO.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____