

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO – DUT 61

INDICAÇÃO CLÍNICA

Indicação Clínica para o Exame (Grupo I)

- ☐ Paciente com tromboembolismo venoso (TEV) não provocado (idiopático)
- ☐ História familiar documentada de mutação para trombofilia hereditária em parente de primeiro grau
- ☐ Trombose venosa idiopática em sítios não usuais (mesentérica, esplâncnica, porta)
- ☐ História familiar positiva com trombose venosa idiopática em veias cerebrais, renais ou abdominais
- ☐ Trombose venosa abdominal em uso de anticoncepcional
- ☐ Trombose de veias retinianas sem fatores clássicos de risco (HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, idade >65)

Critérios de Exclusão (Grupo II)

- ☐ Antecedente de DHEG/pré-eclâmpsia sem critérios do Grupo I
- ☐ Três ou mais abortamentos espontâneos consecutivos antes da 10ª semana, sem causa definida
- ☐ Morte fetal inexplicável com feto/placenta morfológicamente normais
- ☐ Trombose relacionada a procedimento cirúrgico

Justificativa Clínica Adicional (opcional)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)
• Pedido médico com justificativa clínica e CID. • Relatório médico detalhado, mencionando: • Histórico pessoal e/ou familiar de trombose. • Indicação clínica para o exame. • Exames anteriores, se houver, que sustentem a necessidade da investigação genética. Declaração do Médico Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 61 da ANS para cobertura do procedimento de PROTROMBINA, PESQUISA DE MUTAÇÃO. Assinatura/carimbo: _____ Data: ____/____/____