

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Unidade:

PROCEDIMENTO

RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO-DUT 121

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico Clínico

CID-10: _____

Diagnóstico: ☐ Ceratocone progressivo

Olho a ser tratado: ☐ Direito ☐ Esquerdo

Critérios do Grupo I (marcar ao menos um):

☐ Aumento do astigmatismo corneano central $\geq 1,00$ D em até 12 meses

☐ Aumento da ceratometria máxima (Kmax) $\geq 1,00$ D em até 12 meses

Critérios do Grupo II (todos devem ser negativos):

☐ Espessura corneana < 400 micrômetros

☐ Infecção herpética prévia

☐ Infecção ocular ativa

☐ Cicatriz corneana grave ou opacificação

☐ Doença de superfície ocular grave

☐ Doença autoimune

☐ Declaro que o paciente não apresenta nenhum dos critérios do Grupo II.

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- Relatório médico detalhado com histórico clínico
- Topografia corneana
- Paquimetria

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 121 da ANS para cobertura do procedimento de RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____