

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA – DUT 69

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico principal (CID-10): _____

Indicação Clínica marcar as opções correspondentes:

☐ **Acompanhamento de paciente em tratamento ocular quimioterápico com:**

- ☐ Degeneração macular relacionada à idade (DMRI) – forma exsudativa (úmida/neovascular)
- ☐ Retinopatia diabética
- ☐ Oclusão de veia central da retina (OVCR)
- ☐ Oclusão de ramo de veia central da retina (ORVCR)

☐ **Confirmação diagnóstica e/ou acompanhamento de:**

- ☐ Edema macular cistóide (relacionado ou não à obstrução venosa)
- ☐ Edema macular diabético
- ☐ Buraco macular
- ☐ Membrana neovascular sub-retiniana
- ☐ Membrana epirretiniana
- ☐ Distrofias retinianas

☐ **Avaliação de suspeita de glaucoma com:**

- ☐ Relação escavação/disco > 0,6 e < 0,9
- ☐ Assimetria da relação escavação/disco entre os olhos > 0,2

- ☐ Afinamentos localizados do anel neural

☐ **Avaliação de hipertensão ocular:**

- ☐ Pressão intraocular > 21 mmHg

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- **Pedido médico** com justificativa clínica detalhada.
- **Relatório oftalmológico** com histórico do paciente e suspeita diagnóstica.
- **Exames anteriores**, se houver (ex: mapeamento de retina, campimetria, tonometria).
- **Laudo clínico** que comprove o enquadramento em um dos critérios da DUT 69.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 69 da ANS para cobertura do procedimento de **TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____