

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO-DUT 74

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico

CID: _____

Diagnóstico clínico: _____

Exames Complementares

OCT (Tomografia de Coerência Óptica):

Resultado: _____

Data do exame: __/__/____

AFG (Angiografia Fluoresceínica):

Resultado: _____

Data do exame: __/__/____

Grupo Clínico

Grupo (I, II ou III): _____

Critérios de inclusão: _____

Justificativa Médica

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

1. Relatório Médico Detalhado, contendo:

- Diagnóstico com CID correspondente (ex: DMRI, edema macular diabético, OVC, ORVC).
- Justificativa clínica para o uso do antiangiogênico.
- Histórico de tratamentos anteriores (se houver).
- Nome do medicamento solicitado (ex: ranibizumabe, aflibercepte, bevacizumabe).

2. Exames Complementares, como:

- OCT (Tomografia de Coerência Óptica): para avaliação da espessura foveal e presença de edema.
- AFG (Angiografia Fluoresceínica): para identificar neovascularização ou isquemia macular.
- Acuidade visual medida com escala de Snellen.

Critérios da DUT 74

A cobertura é obrigatória somente se o paciente se enquadrar nos critérios do Grupo I e não apresentar critérios do Grupo II ou III, conforme o diagnóstico:

- DMRI (Degeneração Macular Relacionada à Idade)
- Edema Macular Diabético
- Oclusão de Veia Central da Retina (OVC)
- Oclusão de Ramo de Veia Central da Retina (ORVC)

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 74 da ANS para cobertura do procedimento TRATAMENTO OCULAR QUIMIOTERÁPICO COM ANTIANGIOGÊNICO.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____