

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

VÍRUS ZIKA – IGM – DUT 112

CID:

INDICAÇÃO CLÍNICA

Dados da Gestação (se aplicável):

Gestante: () Sim () Não

Idade gestacional: _____ semanas

Trimestre: () 1º () 2º () 3º

Exame de imagem com microcefalia/calcificações: () Sim () Não

Critérios Clínicos (marcar os que se aplicam):

() Quadro sugestivo de infecção por Zika com PCR negativo após o 6º dia dos sintomas

() Quadro sugestivo com sintomas iniciados há mais de 5 dias

() Resultado anterior de IgM negativo

() Gestante assintomática no início do pré-natal

() Gestante assintomática no segundo trimestre

() Detecção de microcefalia fetal ou calcificações intracranianas

() Recém-nascido com microcefalia ou alterações do SNC

() Mãe com diagnóstico confirmado de Zika durante a gestação

Sinais e Sintomas (mínimo de dois):

() Exantema maculopapular pruriginoso

() Febre

() Hiperemia conjuntival sem secreção

() Poliartralgia

() Edema periarticular

Justificativa Clínica:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

Relatório médico detalhado com histórico clínico

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 112 da ANS para cobertura do procedimento de VÍRUS ZIKA – IGM.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____