

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: ___/___/_____

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO-DUT 25

INDICAÇÃO CLÍNICA

De acordo com a DUT 25 da ANS, o exame de análise de mutação do Fator V Leiden possui cobertura obrigatória quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios (marcar o(s) que se aplica(m)):

- Paciente com evento trombótico ou tromboembólico não provocado (idiopático)
- Paciente com trombose em sítios não usuais (ex: cerebral, mesentérica, hepática)
- Paciente com história familiar documentada de trombofilia hereditária (parente de 1º grau com teste genético positivo)
- Paciente com história de trombose recorrente, em sítios diferentes, com intervalo superior a 3 meses, com ou sem anticoagulação, documentada por exame de imagem
- Paciente gestante ou usuária de contraceptivos orais com trombose venosa
- Paciente do sexo feminino com idade < 50 anos com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
- Outro (especificar): _____

CID(s) Relacionado(s): _____

Exames complementares realizados:

Histórico familiar relevante:

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- Relatório médico detalhado com histórico clínico relevante (Laudos anteriores e histórico familiar).

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 25 da ANS para cobertura do procedimento de **FATOR V LEIDEN, ANÁLISE DE MUTAÇÃO**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ___/___/_____