

Solicitação de Autorização para OCT

Relatório Médico Padrão

Nome do Paciente:

Convênio:

Nº da Carteira/Matrícula:

Quadro Clínico Completo:

Etiologia da Maculopatia:

Tratamento prévio, incluindo tratamento com antiangiogênico:

Biomicroscopia de fundo e/ou Mapeamento de Retina (somente laudo do exame):

Retinografia e/ou Angiografia (somente laudo do exame):

Objetivo do Exame:

Diagnóstico:

CID:

Médico solicitante:

CRM: