



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE STENT FARMACOLÓGICO

PACIENTE: _____

MATRÍCULA – IPERGS: _____

NÚMERO DE STENTS FARMACOLÓGICOS SOLICITADOS: _____

MÉDICO SOLICITANTE (NOME E CRM): _____

PRESTADOR (NOME E CIDADE): _____

DATA DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO: ____/____/____

DIABETE MELITO: SIM NÃO

Se SIM, anexar Laudo da Hemoglobina Glicada.

REESTENOSE INTRA-STENT: SIM NÃO

Se SIM, em qual vaso: _____

LESÕES A SEREM TRATADAS:

Anexar Laudo da Cineangiogramia com a descrição das lesões em mm.

	Diâmetro do Vaso em mm	Extensão da Lesão em mm
<input type="checkbox"/> Tronco da Coronária Esquerda	_____	_____
<input type="checkbox"/> Descendente Anterior Esquerda	_____	_____
<input type="checkbox"/> Primeira Diagonal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Segunda Diagonal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Circunflexa	_____	_____
<input type="checkbox"/> Primeira Marginal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Segunda Marginal	_____	_____
<input type="checkbox"/> Coronária Direita	_____	_____
<input type="checkbox"/> Descendente Posterior	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ponte de Safena	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO
DO MÉDICO SOLICITANTE