

Cadastro de Receptor de Esclera

Como oftalmologista responsável pelo paciente abaixo identificado, encaminho as informações necessárias ao cadastro do mesmo na CNCDO-MS. **Estão anexados a este formulário: cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento, CPF e o termo de consentimento devidamente assinado pelo paciente ou responsável.**

Código SNT: _____ Data inclusão: ____/____/____ (Para uso da CNCDO)

CPF: _____ Data provável da cirurgia: ____/____/____ às ____:____ Hs

Estabelecimento onde será realizado a cirurgia: _____

Nome do Receptor: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino

Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____ Telefones: _____

Outras pessoas para contato:

Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Profissão: _____

Olho a ser operado: Olho Direito Olho Esquerdo

Equipe Médica ou Médico Responsável: _____

Breve relato do caso, com justificativa para utilização da esclera e diagnóstico:

Fonte Pagadora: SUS Convênio: _____ Particular

_____/_____/_____
Local e Data Carimbo e Assinatura do Médico Oftalmologista

Para uso da CNCDO

Recebido por (Funcionário da CNCDO) : _____

Data: ____/____/____ Horário: _____

Núcleo de Córnea - Obs.: _____

Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Inclusão no Sistema: Responsável: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____