

RELATÓRIO MÉDICO - EVENTOS DE CAUSAS NATURAIS

Sr(a). Médico(a): Solicitamos a gentileza de descrever as lesões de forma detalhada, com a indicação da dimensão, localização e outras informações complementares. Em caso de falta de espaço no formulário, poderá ser utilizado o verso ou folha anexa, com a indicação do paciente, idade e da referência ao item respondido do Relatório Médico.

DADOS DO(A) PACIENTE

Nome:

CPF:

Doença principal:

Data do diagnóstico:

Doença secundária:

Data do diagnóstico:

Desde quando acompanha os(a) paciente:

Foi submetido a alguma cirurgia? Não Sim - Se Sim, qual?

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:

Hospital:

Período:

Diagnóstico:

Quais os exames realizados (iniciais e complementares), para a confirmação do diagnóstico (Biópsia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, etc.), assim como as datas e os resultados do primeiro exame e demais subseqüentes (enviar cópia dos resultados dos exames desde o diagnóstico).

Data do resultado:

Descrever todos os tratamentos com medicamentos e procedimentos realizados (clínicos, cirúrgicos, fisioterápico), incluindo o período em que foram realizados.

Houve alguma outra causa que pode ter contribuído direta ou indiretamente para o evento? (hábitos, ocupação, comorbidades). Especifique:

Descrever as condições gerais e estado clínico atual, incluindo dados relevantes dos exames e prognóstico da(s) doença(s).

INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA

Informar se há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação. Especifique:

Informar a data em que foram esgotados os recursos terapêuticos e o quadro clínico tornou-se irreversível.

Indique o período necessário de afastamento das atividades profissionais para o tratamento.

Descrever as condições gerais e estado clínico atual, incluindo dados relevantes dos exames e prognóstico da(s) doença(s).

Descrever todos os tratamentos com medicamentos e procedimentos realizados (clínicos, cirúrgicos, fisioterápico), incluindo o período em que foram realizados.

Houve alguma outra causa que pode ter contribuído direta ou indiretamente para o evento? (hábitos, ocupação, comorbidades). Especifique:

Indique o período necessário de afastamento de suas atividades profissionais para o tratamento.

Informar se há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação. Especifique:

Informar a data em que foram esgotados os recursos terapêuticos e o quadro clínico tornou-se irreversível.

Em caso de internação hospitalar ou cirurgia, informar o nome do hospital, período e diagnóstico:

Hospital:

Período:

Diagnóstico:

Quais os exames realizados (iniciais e complementares), para a confirmação do diagnóstico (Biópsia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, etc.), assim como as datas e os resultados do primeiro exame e demais subseqüentes (enviar cópia dos resultados dos exames desde o diagnóstico).

Data do resultado:

Tratando-se de neoplasia, patologia cardíaca e oftalmológica, especificar o estadiamento atual, após o tratamento inicial.

Tratando-se de patologia cardíaca, informar o enquadramento segundo a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA).

Em caso de doença oftalmológica, informar a Acuidade Visual (sem e com correção):

O(a) paciente mantém suas relações interpessoais? (capacidade de compreensão e comunicação, dirigir veículos automotores, sair à rua sem supervisão, Preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor). Sim Não

O(a) paciente realiza as atividades diárias sem auxílio? (higiene, locomoção, ingestão de alimentos). Sim Não

Em qual data o(a) paciente passou a ser tratado de forma paliativa, apenas controlando a doença, sem perspectiva de cura?

Em que data perdeu a capacidade total laborativa?

O quadro clínico é compatível com o(a) paciente em fase terminal? Sim Não

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Nome do médico(a):

CRM:

Endereço comercial (rua, nº, complemento):

Cidade/Estado:

Telefone (com DDD e ramal):

E-mail:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Local e data

Assinatura e carimbo do médico

As informações prestadas por V.Sa. serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

www.bbseguros.com.br