



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da Câmara Legislativa do Distrito Federal – Fascal



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO COM LASERTERAPIA

1) Informações do paciente:

Nome: _____

Matrícula Fascal: _____

2) Informações do Dentista Executante:

Nome: _____

Nº CRO: _____

Assinatura/carimbo: _____

Data do pedido: ____/____/____

3) Descrição do tratamento/planejamento antineoplásico:

1. Diagnóstico oncológico do sítio primário (CID): _____
2. Localização primária da doença oncológica: _____
3. Estadiamento da lesão neoplásica: _____
4. Descrição atual da condição oral do(a) paciente: _____

5. Métodos de controle e prevenção para mucosite oral instituídos: _____

6. Classificação atual do grau da mucosite oral conforme a sistematização da Organização Mundial de Saúde (OMS): _____
7. Paciente manifestou mucosite oral em ciclos de tratamentos anteriores?
Não ☐ Sim ☐
8. Presença de lesão ulcerada em mucosas orais?
Não ☐ Sim ☐: Citar Localização(ões): _____
9. Nome do médico assistente: _____
10. Protocolo quimioterápico empregado? Não ☐; Sim ☐:
 - a. esquema terapêutico:
 - tempo de tratamento: _____
 - número de ciclos previstos: _____
 - número do ciclo atual: _____
 - medicações empregadas: _____
 - frequência: _____
 - tempo de intervalo: _____
 - data de início da QT: _____
11. Protocolo radioterápico empregado? Não ☐; Sim ☐:



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da Câmara Legislativa do Distrito Federal – Fascal



a. esquema terapêutico:

- tempo de tratamento: _____
- área irradiada: _____
- dosagem total de irradiação: _____
- esquema de fracionamento: _____
- número do ciclo atual: _____
- frequência: _____
- tempo de intervalo: _____
- número total de sessões: _____
- data de início da RT: _____
- há medicações empregadas: _____
- local de tratamento radioterápico: _____

4) Quantidade de sessões de laserterapia solicitadas no presente formulário (Código 30202159): _____

5) Orientações ao credenciado quanto às regras para solicitação de tratamento:

Pressuposto para solicitação do tratamento com laser de baixa potência (Fotobiomodulação): Paciente em tratamento antineoplásico quimioterápico ou radioterápico com área primária de irradiação em região de cabeça e pescoço. O objetivo terapêutico da laserterapia é único e exclusivamente para tratamento preventivo ou curativo de mucosite oral associado a tratamento oncológico:

-Em caso de esquema quimioterápico não associado à radioterapia de cabeça e pescoço, a quantidade inicial de sessões autorizadas poderá ser de até, no máximo, 10 (dez) sessões. Após esse prazo, para subsequentes sessões, o profissional solicitante deverá formalizar um novo relatório que subsidiará a análise para uma nova autorização de até 10 (dez) sessões e assim sucessivamente, facultando o máximo total de 20 (vinte) sessões dentro do mesmo ciclo terapêutico. Para cada ciclo terapêutico/pedido é necessário a formalização e envio do formulário junto à guia para análise da auditoria odontológica.

-Em caso de esquema radioterápico de cabeça e pescoço, associado ou não à quimioterapia, a quantidade inicial de sessões autorizadas poderá ser de até, no máximo, 15 (quinze) sessões, possibilitando pedidos subsequentes de até 10 (dez) sessões, facultando autorizar sessões de laserterapia consequentes até alcançar o mesmo número das sessões previstas no planejamento radioterapêutico. Após o término do esquema terapêutico de radiação, havendo necessidade da laserterapia, o profissional solicitante deverá oficializar um novo relatório que subsidiará a análise para uma autorização de até 5 (cinco) sessões e, assim sucessivamente, até o máximo total de 15 (quinze) sessões após o término da radioterapia. Para cada pedido é necessário a formalização e envio do formulário junto à guia para análise da auditoria odontológica.