



Lista de Verificação para Avaliação de Candidatos a realização do procedimento **RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUENCIA**

Nome do beneficiário: _____

Número do Cartão: _____

Para análise da solicitação do procedimento **RIZOTOMIA PERCUTÂNEA COM OU SEM RADIOFREQUENCIA** para o (a) beneficiário identificado acima, fineza informar:

Trata-se de paciente com dor facetária (lombalgia, dorsalgia ou cervicalgia)?

sim não

Caso afirmativo, apresenta alguma das condições abaixo:

Grupo I

limitação das Atividades da Vida Diária (AVDs) por pelo menos seis semanas

redução >50% da dor referida medida pela VAS após infiltração facetaria utilizando anestésico local

Favor informar, em qual prestador e qual o profissional que realizou o procedimento:

falha no tratamento conservador adequado

Favor, especificar tratamentos realizados: _____

Grupo II

cirurgia espinhal prévia no segmento analisado
hérnia discal
sinais de estenose ou instabilidade potencialmente cirúrgicas

Trata-se de paciente com espasticidade focal, intensa e com sintomas incapacitantes, mesmo após a realização de tratamento medicamentoso e fisioterápico?

sim não

Trata-se de paciente de nevralgia de nervo trigêmeo, glossofaríngeo, occipital ou intermédio, refratários ou intolerantes ao tratamento clínico contínuo por no mínimo 3 meses?

sim não

Assinatura e identificação com o nome completo e CRM do medico solicitante: