Solicitação de Quimioterapia/Radioterapia

Unimed Campina Grande

Prestador: _____ Matrícula: _____
Usuário: _____ Matrícula: _____
Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ Unimed origem: _____
Médico: _____ Matrícula: _____

Código(s) de Honorários: _____ _____ _____ _____

Tipo de Tratamento: ☐ Ambulatorial ☐ Internado

Se necessidade de hospitalização, justificar:

Finalidade: ☐ Curativa ☐ Neoadjuvante ☐ Adjuvante ☐ Paliativo ☐ Associado à Radioterapia

Primeiro Tratamento

Diagnóstico: _____ Data: _____
Estádio: _____ T: _____ N: _____ M: _____
Performance Status: _____ CID10: _____

Recidiva

Tratamentos anteriores (descrever drogas utilizadas): _____

Data da recidiva/progressão: _____ Performance Status Atual: _____

Protocolo

Sigla ou Descrição: _____ Quantos Ciclos: _____

Ciclo Atual: ___ Altura: _____ Peso: _____ Sup. Corporal: _____ Ciclos previstos: _____

Medicamentos Pré e QT	Dose p/ m²	Unid.	Dias	Dose Total	Via adm.

Tratamento Radioterápico

Tipo: ☐ Exclusiva ☐ Combinada c/QT ☐ Paliativa ☐ Curativa ☐ Combinada c/Cirurgia

Aparelho: _____

Tipo de Tratamento

		Dose Total	Frações Dia	Nº de Campos
Tumor primário/Leito Tumoral	☐			
Área de Drenagem Linfática	☐			
Metástase	☐			

Local Irradiado: _____

Braquiterapia c/Anestesia: ☐ Não ☐ Sim Justificativa: _____

Anestesia: ☐ Não ☐ Sim Justificativa: _____

Data da Solicitação: _____
Data da autorização: _____

☐ COM COBERTURA
☐ SEM COBERTURA
☐ PENDENTE: VIDE ANEXO

_____ _____
Assinatura e CRM do médico solicitante Assinatura e CRM do médico auditor

Observação: _____

Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima.
As informações constantes são de caráter confidencial. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente.