Postal Saúde
Sua vida, nossa existência

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador 12345678901234567890

1 - Registro ANS | | | | | | |

3 - Número da Guia Referenciada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

4 - Senha | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

5 - Data da Autorização | | | / | | | / | | | | |

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

8 - Nome

9 - Peso (Kg) | | | | , | | |

10 - Altura (Cm) | | | | , | | |

11 - Superfície Corporal (m²) | | | , | | |

12 - Idade | | | |

13 - Sexo | |

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Telefone (| | |) | | | | | | | - | | | | |

16 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico | | | / | | | / | | | | |

18-CID10Principal (Opcional) | | | | |

19-CID10 (2) (Opcional) | | | | |

20-CID10 (3) (Opcional) | | | | |

21-CID 10 (4) (Opcional) | | | | |

29 - PlanoTerapêutico

22 – Estadiamento | |

23 - Tipo de Quimioterapia | | |

24 - Finalidade | | |

25 - ECOG | | |

26 – Tumor | | |

27 – Nódulo | | |

28 – Metástase | | |

30 - Diagnóstico Cito/Histopatológico

31 – Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

32-Data Prevista para Início da Administração	33-Tabela	34-Código do Medicamento	35-Descrição	36-Dosagem total no ciclo	37-Unidade de Medida	38-Via Adm	39-Frequência
1- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
2- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
3- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
4- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
5- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
6- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
7- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|
8- |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|	|___|___|	|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|		|___|___|___|___|___|,|___|___|	|___|___|___|	|___|___|	|___|___|

Tratamentos Anteriores

40- Cirurgia

41 - Data da Realização | | | / | | | / | | | | |

42 - Área Irradiada

43 - Data da Aplicação | | | / | | | / | | | | |

44-Observação / Justificativa

45- Número de Ciclos Previstos | | |

46 - Ciclo Atual | | |

47-Nº de dias do Ciclo Atual | | |

48-Intervalo entre Ciclos (em dias) | | |

49 - Data da Solicitação | | | / | | | / | | | | |

50-Assinatura do Profissional Solicitante

51-Assinatura do Responsável pela Autorização