ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuido pela Operadora
314251				

Dados do Beneficiário

7 - Numero 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 - Email

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico	18-CID10 Principal (opcional)	19-CID10(2) (opcional)	20-CID10(3) (opcional)	21-CID10(4) (opcional)	29 - Plano Terapêutico

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 Inicio da Administração	33 - Tabela	34 - Código do medicamento	35 - Descrição	36 - Dosagem total no ciclo	37 - Unidade de medida	38 - Via Adm	39 - Frequencia
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