



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 39353-3	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 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - Plano Terapêutico
22 - Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG		

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	28 - Informações relevantes
---------------------------------------	-----------------------------

Medicamentos e Drogas solicitadas

29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
2-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
3-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
4-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
5-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
6-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
7-____/____/____	____	____	_____	____	____	____
8-____/____/____	____	____	_____	____	____	____

Tratamentos Anteriores

36- Cirurgia
37 - Data da Realização ____/____/____
38 - Área Irradiada
39 - Data da Aplicação ____/____/____

40-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação ____/____/____	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização
--------------------------------	------------------	--------------------------------------	--	---	---