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