



Associação Auxiliadora das Classes Laboriosas

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------------------|---|
| 1 - Registro ANS ANS nº 34.014-6 | 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-Freqüência |
|-------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------|----------|------------|---------------|
| 1- | 1- | 1- | 1- | 1- | 1- | 1- |
| 2- | 2- | 2- | 2- | 2- | 2- | 2- |
| 3- | 3- | 3- | 3- | 3- | 3- | 3- |
| 4- | 4- | 4- | 4- | 4- | 4- | 4- |
| 5- | 5- | 5- | 5- | 5- | 5- | 5- |
| 6- | 6- | 6- | 6- | 6- | 6- | 6- |
| 7- | 7- | 7- | 7- | 7- | 7- | 7- |

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 |
|--------------------------------|------------------|--------------------------------------|--------------------------|---|---|