

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

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

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-____/____/____	____	____	____	____	____	____

36 - Cirurgia \_\_\_\_\_  
37 - Data da Realização \_\_\_\_\_  
38 - Área Irrradiada \_\_\_\_\_  
39 - Data de Aplicação \_\_\_\_\_

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