

## ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador \_\_\_\_\_

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-____/____/____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

44-Observação / Justificativa  
\_\_\_\_\_

**Tratamentos Anteriores**

40- Cirurgia

41 - Data da Realização  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

42 - Área Irradiada

43 - Data da Aplicação  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 _____
-----------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------