



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 41.229-5	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 (m ²)	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 (Opcional)	19 - CID 10 (2) (Opcional)	20 - CID 10 (3) (Opcional)	21 - CID 10 (4) (Opcional)	29 - Plano Terapêutico	
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								Tratamentos Anteriores	
32-Data Prevista para Início da Administração	33-Tabela	34-Código do Medicamento	35-Descrição	36-Doses total do ciclo	37-Unidade da Medida	38-Via Adm	39-Frequência	40- Cirurgia	
1	/ /								
2	/ /								
3	/ /							41 - Data da Realização / /	
4	/ /							42 - Área Irrradiada	
5	/ /							43 - Data da Aplicação / /	
6	/ /								
7	/ /								
8	/ /								

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
--------------------------------	------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---	---