

Solicitação de Autorização para Prescrição
De Medicamentos Oncológicos



Serviço (Clínica) *	
Nome do Usuário *	Código do Usuário *
Sexo * <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade *

Honorário Médicos *	
Códigos AMB/ TUSS *	Quantidade *

Diagnóstico e Estadiamento

Diagnóstico *			Data do diagnóstico *
T: *	N: *	M *	Estádio *
Local das Metástases Avaliáveis *			CID10 *

Finalidade*

<input type="checkbox"/> Curativa	<input type="checkbox"/> Neoadjuvante	<input type="checkbox"/> Adjuvante	<input type="checkbox"/> De Controle	<input type="checkbox"/> Associado à Radioterapia
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

Tratamentos Anteriores

Adjuvantes *
1 ° Linha *
2 ° Linha *
Outras Linhas *
Performance Status Atual *

Esquema Terapêutico

Sigla*	Número de Ciclos Previstos *	Número de Ciclo Atual *	Superfície Corporal *	Peso *	Altura *
Intervalo entre os ciclos *			Data da realização *		

Prescrição

Antibióticos *	Dose por m ² *	Dose total *	Dias *
Medicações Associadas *			

Assinatura e CRM do Médico Solicitante *

Assinatura e CRM do Médico Auditor

OBS: TODOS OS CAMPOS QUE POSSUEM ASTERISTICO (*) O PREENCHIMENTO É OBRIGATORIO!