

FOP 069.03 - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO COM QUIMIOTERÁPICOS E ADJUVANTES ORAIS
INFORMAÇÕES GERAIS

Prestador e/ou Hospital:		Número:
Médico solicitante:		
Beneficiário:		
Matrícula:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Tipo de tratamento: <input type="checkbox"/> Quimioterápico Oral <input type="checkbox"/> Adjuvantes

PRIMEIRO TRATAMENTO

Diagnóstico/CID:	Data: / /
-------------------------	------------------

Estadiamento do diagnóstico:
 T: N: M: Estádio:

Observação: Anexar relatórios do Médico Assistente contendo a descrição do tratamento com medicamento Quimioterápico oral e Adjuvantes propostos.

PROTOCOLO PROPOSTO

Altura:	Peso:	Superfície Corporal:
----------------	--------------	-----------------------------

1. Quimioterápico Oral

Médico		Unidade	Dias	Dose Total
Código	Descrição			

2. Adjuvante

Médico		Unidade	Dias	Dose Total
Código	Descrição			

Assinatura

_____, ____/____/____. Local e data	_____ Assinatura do Médico Responsável
----------------------------------------	-------------------------------------------