

FOP 069.02 - SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO COM QUIMIOTERÁPICOS 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

Portal da POSTAL SAÚDE: www.postalsaude.com.br

Central de Atendimento 24h: 0800 888 8116

 Central de Atendimento para
 Deficientes Auditivos: 0800 888 8117

ANS - nº 41913-3

UNIDADE ADMINISTRATIVA GESTORA: COSER/GEOPS	UNIDADE ADMINISTRATIVA ELABORADORA: COPEN/GEQOV		
FOP 069.02	VIGÊNCIA A PARTIR DE: 07/03/2017	DATA DA HOMOLOGAÇÃO: 07/03/2017	DATA DA PUBLICAÇÃO: 07/03/2017