UNISAÚDE

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
333867	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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)	26 - PlanoTerapêutico
|__|__| / |__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	|__|__|__|__|	

22 – Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG
|__|	|__|	|__|	|__|

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	28 – Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

	29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
2-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
3-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
4-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
5-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
6-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
7-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|
8-	|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|	|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	_____	|__|__|__|,|__|__|	|__|__|	|__|__|

Tratamentos Anteriores

36- Cirurgia

37 - Data da Realização
|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

38 - Área Irradiada

39 - Data da Aplicação
|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

40-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização
|__|__|	|__|__|	|__|__|__|	|__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|		