Caberj
Caixa de Assistência à Saúde

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2-Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data de 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 (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 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - Plano Terapêutico
__/__/____	____	____	____	____	

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-__/__/____	__	__________		___,__	__	__

36 - Cirurgia

37 - Data da Realização
__/__/____

38 - Área Irradiada

39 - Data da Aplicação
__/__/____

40 - Número de ciclos previstos	41 - Ciclo Atual	42 - Intervalo entre ciclos (dias)	43 - Data da Solicitação	44 - Assinatura do Profissional Solicitante	45 - Assinatura do Responsável pela Autorização
__	__	___	__/__/____		