



TRANQUILIDADE TEM NOME

RESERVADO AO HGU SAÚDE

Gerência Regional:

Senha N.º:

AUTORIZAÇÃO ESPECIAL DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Associado/beneficiário		Idade	Matrícula/dependente	
Informações Clínicas				
Localização da doença			CID 10 - Topografia	
Comprometimento de outros órgãos (lesões secundárias) () NÃO () SIM Especifique:			Comprometimento de linfonodos () SIM () NÃO () NÃO AVALIADO	
Estadiamento clínico (UICC)	CID 10- Morfologia M	Diagnóstico cito ou histopatológico (anexar cópia do laudo)	Grau histopatológico () GX () G1 () G2 () G3 () G4	
Tratamento anterior? () NÃO () SIM <i>Obs.: informe o mês/ano do início da terapia anterior, se for o caso</i>		Esquemas de quimioterapia já utilizados anteriormente:		

Planejamento Terapêutico

Continuidade do tratamento? () SIM () NÃO - Caso não seja continuidade de tratamento, especifique a data prevista de início: ____/____/____			
Finalidade do tratamento: () Curativa () Paliativa () Controle () Prévia - neoadjuvante ou citorredutora () Adjuvante - profilática			
Terapia: () AMBULATORIAL () HOSPITAL -DIA () INTERNAÇÃO - Hospital:			
Esquema proposto	Peso: Altura: Superfície Corporal:	Número de ciclos previstos	
Medicamento	Dose por m2	Dose Total:	Administração () IV () IM () VO () IT () IVES
Medicamento	Dose por m2	Dose Total:	Administração () IV () IM () VO () IT () IVES
Medicamento	Dose por m2	Dose Total:	Administração () IV () IM () VO () IT () IVES
Observações			

Importante: favor preencher todos os campos da guia. Obrigado.	_____ / ____ / ____ Local	____/____/____ Data	_____ Assinatura/Carimbo do Médico -Assistente
--	------------------------------	------------------------	---

RESERVADO AO HGU SAÚDE

<input type="checkbox"/> Autorizado	<input type="checkbox"/> Pendências	<input type="checkbox"/> Indeferido
Observações: _____		

_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura/Carimbo do Médico Auditor