

Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante		CNES
Nome do Estabelecimento de Saúde Executante		CNES
Nome do Paciente	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nº Prontuário

1 - ONCOLOGIA

Identificação Patológica do Caso	
Localização do Tumor Primário	Cid 10 Topografia
Linfonodos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Regionais Invasivos <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Estádio (UICC) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Não <input type="checkbox"/> Avaliáveis <input type="checkbox"/> Localização de Metástases Estádio (Outro Sistema) <input type="checkbox"/> Grau Histopatológico
Diagnóstico Cito/Histopatológico	
Data	

1.1 - QUIMIOTERAPIA

Tratamento(s) Anterior(es) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tratamento(s) Anterior(es)	Descrição
1º	
2º	
3º	
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global	
Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Data de Início do Tratamento Solicitado Esquema (Sigla ou Abreviatura) Total de Meses Planejados Nº de Meses Autorizados
FINALIDADE <input type="checkbox"/> Paliativa <input type="checkbox"/> De Controle <input type="checkbox"/> Prévia <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Curativa	

1.2 - RADIOTERAPIA

Tratamento(s) Anterior(es) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
Tratamento(s) Anterior(es)	Descrição				
1º					
2º					
3º					
TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global					
Continuidade de Tratamento <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Data de Início do Tratamento Solicitado FINALIDADE <input type="checkbox"/> Radical <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Antiálgica <input type="checkbox"/> Paliativa <input type="checkbox"/> Prévia <input type="checkbox"/> Anti-Hemorrágica				
ÁREA IRRADIADA					
CID Topográfico	1	Descrição	Nº Campos/Inserções	Data de Início	Data de Término
	2				
	3				

2 - NEFROLOGIA

Primeiro Atendimento Data da 1ª Diálise Realizada		Segmento TRU <input type="checkbox"/> Inscrito na lista da CNCDO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Altura <input type="text"/> m	Acesso Vascular <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Hb <input type="text"/> g%	aaHIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
IMC (Kg/m2) <input type="text"/> Kg	aaHIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Albumina <input type="text"/> %	aaHCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Peso <input type="text"/> Kg	aaHCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Diurese <input type="text"/> ml	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Intervenção de Fístula <input type="checkbox"/> QTD	
Glicose <input type="text"/> mg/dl	Ultrassonografia Abdominal <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Albumina <input type="text"/> %			
Hb <input type="text"/> g%			

3 - PRÓTESE MAMÁRIA

Marca da Prótese <input type="checkbox"/> PIP <input type="checkbox"/> ROFIL
Ano de Implantação da Prótese <input type="text"/>
Estabelecimento de Saúde no qual foi realizado o implante da prótese <input type="text"/>

SOLICITAÇÃO	AUTORIZAÇÃO
Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Nº Conselho de Classe	Assinatura e Carimbo do Autorizador/Nº do Conselho de Classe