

1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

56-Localização do tumor primário: _____ 57-CID-10 Topografia: _____

58-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO AVALIÁVEIS ☐ 59-Localização de Metástase(s): _____

60-Estádio(UICC): _____ 61-Estádio (outro sistema): _____ 62-Grau Histopatológico: _____

63-Diagnóstico Cito/Histopatológico: _____ 64-Data: ____/____/____

1.1 - QUIMIOTERAPIA

65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES): ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	66-Descrição	67-Data de Início
1º		____/____/____
2º		____/____/____
3º		____/____/____

69-Continuidade de Tratamento: ☐ NÃO ☐ SIM 69-Data de Início do Tratamento Solicitado: ____/____/____

70-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura): _____ 71-Nº Total de Meses Planejados: _____ 72-Nº de Meses Autorizados: _____

1.2 - RADIOTERAPIA

73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES): ☐ SIM ☐ NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	74 - Descrição	75 - Data de Início
1º		____/____/____
2º		____/____/____
3º		____/____/____

76 - Continuidade de Tratamento: ☐ NÃO ☐ SIM 77 - Data de Início do Tratamento Solicitado: ____/____/____

78 - Finalidade: ☐ RADICAL ☐ ADJUVANTE ☐ ANTIÁLGICA ☐ PALIATIVA ☐ PRÉVIA ☐ ANTIHEMORRÁGICA

79 - CID Topográfico: _____ 80 - Descrição: _____ 81 - Nº Campo/Incrções: _____ 82 - Data de Início: ____/____/____ 83 - Data de Término: ____/____/____

2 - NEFROLOGIA

84-PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA: ____/____/____

Altura: ____ m IMC(kg/m²): ____ Peso: ____ Kg

ACESSO VASCULAR: ☐ Sim ☐ Não

aa HIV: ☐ Positivo ☐ Negativo

aa HCV: ☐ Positivo ☐ Negativo

HBs Ag: ☐ Positivo ☐ Negativo

Ultrasonografia Abdominal: ☐ Sim ☐ Não

Diurese: ____ ml

Glicose: ____ mg/dl

Albumina: ____ %

Hb: ____ g%

85-SEGUIMENTO

TRU: ☐ Inscrito na lista da CNCDO: ☐ Sim ☐ Não

Hb: ____ g%

Albumina: ____ g%

Intervenção de Fístula: ☐ QTD: ____

aa HIV: ☐ Positivo ☐ Negativo

aa HCV: ☐ Positivo ☐ Negativo

HBs Ag: ☐ Positivo ☐ Negativo

3 - PROTESE MAMÁRIA

Marca da Prótese: ☐ PIP ☐ ROFIL

Ano de implantação da Prótese: ____/____/____

Estabelecimento de Saúde no qual foi realizado o implante da prótese: _____ CNES: _____

SOLICITAÇÃO

86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR