

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA / PLANO TERAPEUTICO

Clínica Solicitante: _____

Nome do(a) paciente: _____ Idade: _____

Cód. do usuário: _____ Sexo Masc. Fem.

Código AMB: _____ Quantidade: _____

Código AMB: _____ Quantidade: _____

Código AMB: _____ Quantidade: _____

Código AMB: _____ Quantidade: _____

CID 10: _____ Diagnóstico: _____

Local da(s) metástase(s): _____ OAT CELL: _____

TNM: T N M Estágio clínico: I II III IV

TRATAMENTOS ANTERIORES:

Cirurgias/radioterapia: _____

Quimioterapia adjuvante: _____

Quimioterapia 1ª linha: _____

Quimioterapia 2ª linha ou mais: _____

FINALIDADE: Prévio Adjuvante Curativo De controle Associação à RT

Performance status atual: _____ Sigla: _____

Ciclos previstos: _____ Ciclo atual: _____ Superfície corporal (m²): _____ Peso (kg): _____ Altura (cm): _____

Quimioterapia: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

Medicamento: _____ m²: _____ Dose total: _____ Dias e intervalos: _____

OBSERVAÇÕES: _____

Médico(a) solicitante: _____ CRM: _____