



### ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 413518	3 - Número da Guia Referenciada <input type="text"/>	4 - Senha <input type="text"/>	5 - Data da Autorização <input type="text"/>	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora <input type="text"/>
----------------------------	---	-----------------------------------	---	---

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira <input type="text"/>	8 - Nome <input type="text"/>			
9 - Peso (Kg) <input type="text"/>	10 - Altura (Cm) <input type="text"/>	11 - Superfície Corporal (m²) <input type="text"/>	12 - Idade <input type="text"/>	13 - Sexo <input type="text"/>

**Dados do Profissional Solicitante**

14 - Nome do Profissional Solicitante <input type="text"/>	15 - Telefone <input type="text"/>	16 - E-mail <input type="text"/>
---	---------------------------------------	-------------------------------------

**Diagnóstico Oncológico**

17 - Data do diagnóstico <input type="text"/>	18 - CID 10 Principal <input type="text"/>	19 - CID 10 (2) <input type="text"/>	20 - CID 10 (3) <input type="text"/>	21 - CID 10 (4) <input type="text"/>	26 - PlanoTerapêutico <input type="text"/>
22 - Estadiamento <input type="text"/>	23 - Tipo de Quimioterapia <input type="text"/>	24 - Finalidade <input type="text"/>	25 - ECOG <input type="text"/>		

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- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Tratamentos Anteriores**

36 - Cirurgia <input type="text"/>
37 - Data da Realização <input type="text"/>
38 - Área Irradiada <input type="text"/>
39 - Data da Aplicação <input type="text"/>

40-Observação / Justificativa

41 - Número de Ciclos Previstos <input type="text"/>	42 - Ciclo Atual <input type="text"/>	43 -Intervalo entre Ciclos ( em dias) <input type="text"/>	44 - Data da Solicitação <input type="text"/>	45-Assinatura do Profissional Solicitante <input type="text"/>	46-Assinatura do Responsável pela Autorização <input type="text"/>
---	--	---	--	---	---