Bradesco Saúde

Anexo de Solicitação de Quimioterapia

2 - Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS 0 0 5 7 1 1

3 - Número da Guia Referenciada

4 - Senha

5 - Data da Autorização __/__/____

6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira

8 - Nome

9 - Peso (kg) ___,__

10 - Altura (cm) ___,__

11 - Superfície Corporal (m²) __,__

12 - Idade

13 - Sexo

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante

15 - Telefone (__) _____-____

16 - E-mail

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico __/__/____

18 - CID 10 Principal

19 - CID 10 (2)

20 - CID 10 (3)

21 - CID 10 (4)

26 - PlanoTerapêutico

22 - Estadiamento

23 - Tipo de Quimioterapia

24 - Finalidade

25 - ECOG

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- __/__/____				___,__		
2- __/__/____				___,__		
3- __/__/____				___,__		
4- __/__/____				___,__		
5- __/__/____				___,__		
6- __/__/____				___,__		
7- __/__/____				___,__		
8- __/__/____				___,__		

Tratamentos Anteriores

36 - Cirurgia

37 - Data da Realização __/__/____

38 - Área Irradiada

39 - Data da Aplicação __/__/____

FSC

40 - Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos

42 - Ciclo Atual

43 - Intervalo entre Ciclos (em dias)

44 - Data da Solicitação __/__/____

45 - Assinatura do Profissional Solicitante

46 - Assinatura do Responsável pela Autorização