



ANS nº 348732

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

DATA DO PEDIDO

/ /20

DATA PREVISTA

/ /20

DADOS DO PACIENTE (USUÁRIO OU BENEFICIÁRIO)

NOME DO USUÁRIO				CÓDIGO DO USUÁRIO		
PLANO DO BENEFICIÁRIO	DT NASCIMENTO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	PESO	ALTURA	SUP. CORPORAL

DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE				CRM	UF	DDD	TELEFONE CONTATO
VINCULAÇÃO À OPERADORA <input type="checkbox"/> Credenciado /Ref. <input type="checkbox"/> Livre Escolha / Particular <input type="checkbox"/> Vinculado à Clin/Hosp.				EMAIL DO SOLICITANTE		DDD	FAX DE CONTATO
NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)				CÓDIGO DO CONTRATO			
DDD	TELEFONE CONTATO	DDD	FAX DE CONTATO	EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)			

DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO

DT DIAGNÓSTICO	CID-10	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
/ /			
ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> ICC <input type="checkbox"/> IRC <input type="checkbox"/> ICO <input type="checkbox"/> I. Hepática		OBSERVAÇÕES / OUTROS	
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Inicial <input type="checkbox"/> Recidiva		T:	M:
ESTADIAMENTO	METÁSTASES AVALIÁVEIS	DT DIAG. META	
		/ /	
SE NEO DE MAMA: <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/> HER + <input type="checkbox"/> HER -		OBSERVAÇÕES:	

TRATAMENTOS ANTERIORES

PRIMEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:	DATA
		/ /
SEGUNDO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:	DATA
		/ /
TERCEIRO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:	DATA
		/ /
QUARTO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> Cir. <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> QT	DROGAS:	DATA
		/ /
OBSERVAÇÕES:		

TRATAMENTO PROPOSTO / ESQUEMA TERAPÊUTICO

CÓD. PROC. PRINCIPAL	QTD	CÓD. PR. SECUNDÁRIO	QTD	CÓD. PROC. TERCIÁRIO	QTD	LOCAL DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> Trat Ambulatorial <input type="checkbox"/> Trat. Internado	C/ RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
SIGLA (ESQUEMA)	No.Ciclos Prév.	Intervalo.	No. Ciclo Atual	FINALIDADE <input type="checkbox"/> Curativa <input type="checkbox"/> Neoadjuv. <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Controle			

ANTIPLÁSTICOS E MEDICAÇÕES ASSOCIADAS

MEDICAÇÃO	DOSE TOT DIÁRIA	DIAS	TIPO DE MEDICAÇÃO	REG. ANVISA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
			<input type="checkbox"/> Antibl. <input type="checkbox"/> Assoc. <input type="checkbox"/> HT		<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC

JUSTIFICATIVA MÉDICA

USO EXCLUSIVO DA MULTICARE

ASSINATURA DO SOLICITANTE	DATA ANÁLISE
	/ /20