TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Nome: _____ Código Cabesp: _____ Idade: _____ Superfície Corporal:_____m^2
Diagnóstico: _____ Estadiamento: _____
Histórico Clínico/Doenças Associadas: _____
Início: ___/___/___ Nº de ciclos previstos: _____Nº de ciclos realizados _____ Intervalo entre ciclo: _____ dias Duração: _____ dias

Tratamento Ambulatorial: Local: _____ ( ) 2.01.04.294 (Qt. Sistêmica Incial)
( ) 2.01.04.308 (Qt. Sistêmica do 2º ao 7º dia)

Tratamento Internado: Local: _____ ( ) 2.01.04.278 (Qt. Sistêmica Incial)
Justificar: _____ ( ) 2.01.04.286 (Qt. Sistêmica do 2º ao 7º dia)
_____ ( ) Outros: Codificar: _____

Nome Comercial e apresentação dos **QUIMIOTERÁPICOS E OU MEDICAMENTOS SUPORTES**	Dosagem/ Aplicação (mg)	Número de ampolas	Via de Infusão	**Datas correspondentes aos dias de aplicação**							

_____ Data: ___/___/____ **FAX para retorno**: ( )
MÉDICO - assinatura e carimbo

OBS: (1) - PARA PERMITIR AUTORIZAÇÃO EM TEMPO HÁBIL, SOLICITAMOS O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS COM A MÁXIMA CLAREZA.
(02) - - ENVIAR CÓPIA DESTA SOLICITAÇÃO JUNTO COM A CONTA, E NA NECESSIDADE DE ALTERAÇÃO DOS DADOS DISCRIMINADOS NESTE PROTOCOLO, JUSTIFICAR NO VERSO PARA AVALIAÇÃO CORRETA DA FATURA.