Autorização para Quimioterápicos e Adjuvantes

Identificação			
Código na Operadora/CNPJ/CPF	Nome do Contratado	**E-mail** ou Fax para retorno	
Número da Carteira do Beneficiário	Nome	Idade (em anos)	Sexo ( ) F ( ) M
Diagnóstico (Anátomo-Patológico)	Diagnóstico topográfico	Data / /	
CID 10	Estadiamento	Localização das metástases	
Tratamentos anteriores: Não ( ) Sim ( ) Cirurgia – RxT – QT – TMO – Outros: Especificar:			
1º)		Data: / /	
2º)		Data: / /	
3º)		Data: / /	

Protocolo Proposto (caso seja diferente do inicial, justificar a mudança de protocolo)

Nome ou sigla:	Nº. Total Ciclos:	Intervalo entre os Ciclos:
Finalidade: Curativa ( )	Neo-adjuvante ( )	Outra: (especificar)
Paliativa ( )	Adjuvante ( )	

Tratamento (Ciclo) Atual

( ) Inicial ( ) Continuidade ( ) Ambulatorial - Nº: dias _____ ( ) Internação - Previsão Nº: dias _____

Justificativa para internação hospitalar:

Obs.: Para a primeira quimioterapia ou mudança de protocolo, anexar laudo de exame comprobatório do diagnóstico (AP, imagem, receptores hormonais, anticorpos monoclonais, etc.)

Peso (em Kg)	**Altura (em cm)**	**Sup. corpórea (m²)**	**NÚMERO DO CICLO ATUAL :**

Nome / especificação dos quimioterápicos ou medicamentos de suporte	**Dosagem em : mg / dia**	**Via de Admin.**	**Datas de realização do ciclo atual**

Data: _____/_____/_____ Profissional Solicitante (assinatura e carimbo): _____

Especialidade: _____ Telefone para contato:_____ _____

Encaminhar este formulário, com **antecedência mínima** de **05 (cinco)** dias úteis da data do procedimento, para o **Fax Nº (31) 3223-3683 ou 3079-3484. e-mail: pedido@amagis.com.br**