COPASS SAÚDE

# ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

| 1 - Registro ANS | 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-\|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\|___\|___\| | \|___\|___\| | \|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\|___\| | _____ | \|___\|___\|___\|,\|___\|___\| | \|___\|___\| | \|___\|___\| |

## Tratamentos Anteriores

| 36- Cirurgia | 37 - Data da Realização | 38 - Área Irradiada | 39 - Data da Aplicação |
|---|---|---|---|
| | \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\|___\|___\| | | \|___\|___\|/\|___\|___\|/\|___\|___\|___\|___\| |

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| \|___\|___\| | \|___\|___\| | \|___\|___\|___\| | \|___\|___\| / \|___\|___\| / \|___\|___\|___\|___\| | | |