



# SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

DATA DO PEDIDO

/ /20

DATA PREVISTA

/ /20

OPERADORA

**MT SAÚDE**

ESTIPULANTE

## DADOS DO PACIENTE (USUARIO OU BENEFICIARIO)

NOME DO USUARIO

CÓDIGO DO USUARIO

PLANO DO BENEFICIÁRIO

DT NASCIMENTO

IDADE

SEXO

Masc.  Fem.

PESO

ALTURA

SUP. CORPORAL

## DADOS DO SOLICITANTE E DO EXECUTOR

NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

UF

DDD

TELEFONE CONTATO

VINCULAÇÃO À OPERADORA

Credenciado /Ref.  Livre Escolha / Particular  Vinculado à Clin/Hosp.

EMAIL DO SOLICITANTE

DDD

FAX DE CONTATO

NOME DO PRESTADOR EXECUTOR (CREDENCIADO/REFERENCIADO)

CNPJ DO PRESTADOR

DDD TELEFONE CONTATO

DDD FAX DE CONTATO

EMAIL DO PRESTADOR / EXECUTOR (CREDENCIADO OU REFERENCIADO)

## DIAGNOSTICO E ESTADIAMENTO

DT DIAGNÓSTICO

CID-10

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

ANTECEDENTES

ICC  IRC  ICO  I. Hepática

OBSERVAÇÕES / OUTROS

Diagnóstico Inicial  Recidiva

T:

N:

M:

ESTADIAMENTO

**METÁSTASES AVALIÁVEIS**

DT DIAG. META

SE NEO DE MAMA:  RH +  RH -  HER +  HER -

## TRATAMENTOS ANTERIORES

PRIMEIRO TRATAMENTO

Cir.  RT  HT  QT

DROGAS:

DATA

SEGUNDO TRATAMENTO

Cir.  RT  HT  QT

DROGAS:

DATA

TERCEIRO TRATAMENTO

Cir.  RT  HT  QT

DROGAS:

DATA

QUARTO TRATAMENTO

Cir.  RT  HT  QT

DROGAS:

DATA

OBSERVAÇÕES:

## TRATAMENTO PROPOSTO / ESQUEMA TERAPEUTICO

CÓD. PROC. PRINCIPAL

QTD

CÓD. PR. SECUNDARIO

QTD

CÓD. PROC. TERCÍARIO

QTD

LOCAL DE ATENDIMENTO

Trat Ambulatorial  Trat. Internado

C/ RADIOTERAPIA

Sim  Não

SIGLA (ESQUEMA)

No.Ciclos Prév.

Intervalo.

No. Ciclo Atual

FINALIDADE

Curativa  Neoadjuv.  Adjuvante  Controle

## ANTIBLASTICOS E MEDICAÇÕES ASSOCIADAS

MEDICAÇÃO

DOSE TOT DIÁRIA

DIAS

TIPO DE MEDICAÇÃO

REG. ANVISA

VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

Antibl.  Assoc.  HT

VO  EV  IM  SC

**JUSTIFICATIVA MÉDICA**

## USO EXCLUSIVO DO MT SAUDE

ASSINATURA DO SOLICITANTE

DATA ANÁLISE

/ /20