

PLANO TERAPEUTICO DE QUIMIOTERAPIA E SIMILARES

1. Identificação do Credenciado Responsável pela Execução do Tratamento			
Nome completo:			
CNPJ:	Telefone:	email:	
Médico solicitante:		CPF:	
Telefone:		email:	
2. Identificação do Paciente			
Nome Completo:		Idade:	
Matrícula:		Sexo:	
Peso:	Altura:	Superfície Corporal:	
3. Diagnóstico Oncológico			
Local do Tumor Primário:			
T:	N:	M:	CID 10:
Estadiamento: () I () II () III () IV () V () Não se aplica			
Status da Doença			
Sem doença clínica: ()		Doença localizada: ()	
Metástases: ()			
Diagnóstico Hispatológico:		Grau:	
Data do Diagnóstico:			
Tratamentos Anteriores: Sim () Não ()			
Tipo	Cirurgias: Não () Sim () Em caso de sim, especificar: _____		
	Radioterapia: Não () Sim () Em caso de sim, especificar: _____		
	Quimioterapia/Hormonioterapia: Não () Sim () Em caso de sim, especificar: _____		
4. Características do Tratamento Proposto:			
Modalidade do Tratamento Proposto:			
Adjuvante: ()	Paliativa: ()		
Neoadjuvante: ()	Sintomático: ()		
Curativa: ()	Suporte Clínico (Controle): ()		
Regime de Realização: Ambulatorial () Internação ()			
Tipo de quimioterapia: 1ª linha () 2ª linha () 3ª linha () Outras linhas ()			
Justificativa para Internação: _____			

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

Protocolo(s) proposto(s)						
Quimioterápicos/ Imunoterápicos/ Hormonioterapia (nome farmacológico)	Dose mg/m ²	Dose Total	Via de Administ ração	Dias de aplicação no ciclo	Periodici dade	Necessidade de Bomba Infusora
1.						S () N ()
2.						S () N ()
3.						S () N ()
4.						S () N ()
5.						S () N ()
6.						S () N ()
Periodicidade dos ciclos:					Data prevista do 1º ciclo:	
Quantidade total de ciclos previstos:						
5. Outras Medicções:						
Antieméticos				Dose:		
				Dose:		
				Dose:		
Bifosfonatos	Tipo:			Dose:		
	Justificativa:					
	Periodicidade:					
6. Imunomoduladores:						
Tipo				Dose:		
Justificativa:						
Periodicidade:						
7. Fatores de Crescimento Hematopoético:						
Tipo				Dose:		
Justificativa:						
Periodicidade:						
8. Novo Esquema Terapêutico:						
Em caso de novo esquema terapêutico ou neoplasia rara, favor mencionar literatura: _____						

Data:						
						Carimbo e assinatura do médico solicitante

Esse Formulário é válido por 3 meses.

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!

Agros – Instituto UFV de Seguridade Social
 Av. Purdue, s/n Campus da UFV Viçosa-MG 36570-900
 Fone: (31) 3899-6550