



1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

56-Localização do tumor primário _____ 57-CID-10 Topografia _____

58-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS SIM NÃO NÃO AVALIÁVEIS _____ 59-Localização de Metástase(s) _____

60-Estádio(UICC) _____ 61-Estádio (outro sistema) _____ 62-Grau Histopatológico _____

63-Diagnóstico Cito/Histopatológico _____ 64-Data _____

1.1 - QUIMIOTERAPIA

65 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)
 SIM NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	66-Descrição	67-Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

68-Continuidade de Tratamento NÃO SIM 69-Data de Início do Tratamento Solicitado / / 70-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura) _____ 71-Nº Total de Meses Planejados _____ 72-Nº de Meses Autorizados _____

1.2 - RADIOTERAPIA

73 - TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES)
 SIM NÃO

Tratamento(s) Anterior(es)	74 - Descrição	75 - Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global

76 - Continuidade de Tratamento NÃO SIM 77 - Data de Início do Tratamento Solicitado / /

78 - Finalidade
 RADICAL ADJUVANTE ANTIÁLGICA
 PALIATIVA PRÉVIA ANTIHEMORRÁGICA

ÁREA IRRADIADA

79 - CID Topográfico	80 - Descrição	81 - Nº Campo/Incrções	82 - Data de Início	83 - Data de Término
	1		/ /	/ /
	2		/ /	/ /
	3		/ /	/ /

2 - NEFROLOGIA

84-PRIMEIRO ATENDIMENTO		85-SEGUIMENTO	
DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA / /		TRU <input type="checkbox"/> Inscrito na lista da CNCDO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Altura <input type="text"/> m	ACESSO VASCULAR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hb <input type="text"/> g%	aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
IMC(kg/m²)		Albumina <input type="text"/> g%	aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Peso <input type="text"/> Kg	aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	Intervenção de Fistola <input type="text"/> QTD	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Diurese <input type="text"/> ml	aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
Glicose <input type="text"/> mg/dl	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
Albumina <input type="text"/> %	Ultrasonografia Abdominal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Hb <input type="text"/> g%			
Creatinina <input type="text"/> ml/min			

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

86-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL SOLICITANTE

87-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR