



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

| | |
|--|------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | CNES |
|--|------|

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE | | CPF | |
| Nº PRONTUÁRIO | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | DATA NASCIMENTO | SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> |
| NOME DA MÃE | | TELEFONE DE CONTATO | |
| NOME DO RESPONSÁVEL | | TELEFONE DE CONTATO () | |
| ENDEREÇO | NUMERO | BAIRRO | |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | CÓD. IBGE MUNICÍPIO | UF | CEP |

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

| | | |
|--------|--------------------------------|------|
| CÓDIGO | NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL | QTDE |
|--------|--------------------------------|------|

PROCEDIMENTOS SECUNDARIOS

| | | | |
|---|--------|---------------------------------|------|
| | CÓDIGO | NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO | QTDE |
| A | | | |
| B | | | |
| C | | | |
| D | | | |
| E | | | |

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

| | | | |
|--------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | CID10 PRINCIPAL | CID10 SECUNDÁRIO | CID10 CAUSAS ASSOCIADAS |
|--------------------------|-----------------|------------------|-------------------------|

OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | DATA SOLICITACAO | ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) |
| DOCUMENTO | Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | |
| () CNS () CPF | | |

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) |
| DOCUMENTO | Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | |
| () CNS () CPF | | |
| DATA AUTORIZAÇÃO | ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | PERÍODO DE VALIDADE DA APAC |
| / / | | / / a / / |

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

| | |
|---|------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | CNES |
|---|------|

| ONCOLOGIA | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO | | | | |
| LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO | | | CID10 TOPOGRAFIA | |
| LINFONODOS | | | LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE(S) | |
| Regionais Invadidos Sim.() Não.() Não Avaliáveis.() | | | | |
| ESTADIO(UICC) | | ESTADIO(OUTRO SISTEMA) | | GRAU HISTOPATOLÓGICO |
| DIAGNÓSTICO CITO/HISTOPATOLÓGICO | | | DATA | |
| | | | / / | |
| QUIMIOTERAPIA | | | | |
| TRATAMENTO(S) ANTERIORE(S) | | | | |
| Sim.() Não.() | | | | |
| TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) | DESCRIÇÃO | | | DATA |
| 1º | | | | / / |
| 2º | | | | / / |
| 3º | | | | / / |
| TRATAMENTO SOLICITADO - PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO GLOBAL | | | | |
| CONTINUIDADE DE TRATAMENTO | DATA DE INÍCIO | ESQUEMA(sigla ou abreviatura) | Nº TOT. DE MESES PLAN. | Nº TOT. DE MESES AUT. |
| Sim.() Não.() | / / | | | |
| RADIOTERAPIA | | | | |
| TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) | | | | |
| Sim.() Não.() | | | | |
| TRATAMENTO(S) ANTERIOR(ES) | DESCRIÇÃO | | | DATA |
| 1º | | | | / / |
| 2º | | | | / / |
| 3º | | | | / / |
| TRATAMENTO SOLICITADO - PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO GLOBAL | | | | |
| CONTINUIDADE DO TRATAMENTO | DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO SOLICITADO | FINALIDADE | | |
| Sim.() Não.() | / / | <input type="checkbox"/> RADICAL <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> ANTIÁLGICA | | |
| | | <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> PRÉVIA <input type="checkbox"/> ANTIHEMORRÁGICA | | |
| ÁREA IRRADIADA | | | | |
| CID TOPOGRÁFICO | DESCRIÇÃO | Nº CAMPO/INSERÇÕES | DATA DE INÍCIO | DATA DE TÉRMINO |
| | | | / / | / / |
| | | | / / | / / |
| | | | / / | / / |
| NEFROLOGIA | | | | |
| PRIMEIRO ATENDIMENTO | | SEGUIMENTO | | |
| DATA DA 1º DIÁLISE REALIZADA | | | | |
| / / | | | | |
| Altura | | m | Acesso Vascular | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Peso | | kg | | |
| Diurese | | ml | aaHIV | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| Glicose | | mg/dl | aaHCV | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| Albumina | | % | Hbs Ag | <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| Hb | | g% | Ultrasonografia Abdominal | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | TRU | | Inscrito na Lista da CNCDO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| | | Hb | | aaHIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| | | Albumina | | aaHCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| | | Intervenção de Fístola | | Hbs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| | | Qtde | | |
| SOLICITAÇÃO | | AUTORIZAÇÃO | | |
| ASSINATURA E CARIMBO(Nº REGIONAL DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | ASSINATURA E CARIMBO(Nº REGIONAL DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | |
| | | | | |