



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		TRU	
Peso			kg						
Diurese			ml	aaHIV		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Hb	
Glicose			mg/dl	aaHCV		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Albumina	
Albumina			%	Hbs Ag		<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Intervenção de	
Hb			g%	Ultrasonografia Abdominal		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Fístola	
SOLICITAÇÃO					AUTORIZAÇÃO				
ASSINATURA E CARIMBO(Nº REGIONAL DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					ASSINATURA E CARIMBO(Nº REGIONAL DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				