VERTE|SAÚDE

SOLICITAÇÃO PARA QUIMIOTERAPIA

USUÁRIO: _____ **PLANO:** _____

MATRÍCULA: |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| **Data de Adesão:** _____/____/_____

IDADE: _____ **DIAGNÓSTICO (CID-10):** _____ **PESO CORPORAL:** _____ **Kg**

SUPERFÍCIE CORPORAL: _____ **m² ESTADIAMENTO (UICC/FIGO):** _____ **P.S. (ECOG)** _____

TRATAMENTOS ANTERIORES:

CIRURGIA: _____ **DATA:** ____/_____/_____ **RT : ☐ SIM ☐ NÃO**

QTDE. (Drogas e doses): _____

_____

_____

_____

_____

TRATAMENTO PROPOSTO:

CÓDIGO (TUSS): _____ **CICLO Nº**_____

INDICAÇÃO: ☐ **NEO-ADJUVANTE** ☐ **ADJUVANTE** ☐ **RÁDIO SENSIBILIZANTE**
☐ **PALIATIVO** ☐ **CURATIVO**

DROGAS SOLICITADAS (COM DOSES E INTERVALOS):_____

_____

_____

_____

_____

DURAÇÃO PREVISTA: ☐ > **6 MESES** ☐ < **6 MESES** ☐ **INDETERMINADO**

INTERNAÇÃO: ☐ **NÃO** ☐ **SIM** **PREVISÃO DE PERMANÊNCIA:** _____ **DIAS**

JUSTIFICATIVA:_____

_____

_____

Data de solicitação: _____/_____/_____ **Médico Solicitante:**

(carimbo e assinatura)

PARECER DA AUDITORIA:

☐ **AUTORIZADO** ☐ **NÃO AUTORIZADO**

DATA: ____/____/_____ **Médico Auditor (carimbo e assinatura):**

AFPERGS – Setor de Autorizações. Rua dos Andradas, 846 - 1º andar; Centro-POA/RS. Tel.: (51) 3284-1562
e-mail: autorizacoes.afpergs@afpergs.com.br

ANS - nº 417599