



Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda

SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA

Prestador: _____ Matrícula: _____
 Usuário: _____ Matrícula: _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado: _____
 Médico: _____ Matrícula: _____

Código(s) de Honorários
 Tipo de Tratamento: Ambulatorial Internado

Se necessidade de hospitalização, justificar

Finalidade Curativo Neoadjuvante Adjuvante Paliativo Associado à Radioterapia

Primeiro Tratamento

Diagnóstico: _____ Data: ____/____/____
 Indicação: _____ T: _____ N: _____ M: _____ Estádio: _____
 Performance Status: _____ CID10: _____

Recidiva

Tratamento anteriores (descrever drogas utilizadas e nº de ciclos) _____

 Data de recidiva/progressão: ____/____/____ Performance Status Atual: _____

Protocolo

Siglas ou Descrição: _____ Quantos Ciclos: _____
 Ciclo Atual: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sup. Corporal: _____ Ciclos previstos: _____

Medicamento Pré e Qt	Unid.	Dias	Dose Total	Via Adm

Tratamento Radioterapia

Tipo: Exclusiva Combinada c/QT Paliativa Curativa Combinada c/Cirurgia
 Aparelho: _____

Tipo de Tratamento

Sítio irradiado: _____
 Dose: _____ Gy em: _____ frações: _____
 N ° de campos por dia: _____
 Início: ____/____/____
 Previsão de reforço Sim Não
 Indicação: _____
 Dose: _____ Gy em: _____ frações: _____
 Braquiterapia: Não Sim Justificativa: _____
 Anestesia: Não Sim Justificativa: _____

Data da Solicitação: _____ COM COBERTURA
 Data da autorização: _____ SEM COBERTURA
 _____ PENDENTE: VIDE ANEXO

 Assinatura e CRM do médico solicitante Assinatura e CRM do médico auditor

Observações:

Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima.
 As informações constantes são de caráter confidencial. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente.