



1 - ONCOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO—
53-Localização do tumor primário _____ 54-CID-10 Topografia _____

55-LINFONODOS REGIONAIS INVADIDOS SIM NÃO NÃO AVALIÁVEIS _____ 56-Localização de Metástase(s) _____

57-Estádio(UICC) _____ 58-Estádio (outro sistema) _____ 59-Grau Histopatológico _____

60-Diagnóstico Cito/Histopatológico _____ 61-Data _____/_____/_____

1.1 - QUIMIOTERAPIA

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

Tratamento(s) Anterior(es)	63-Descrição	64-Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global—
65-Continuidade de Tratamento NÃO SIM 66-Data de Início do Tratamento Solicitado _____/_____/_____ 67-ESQUEMA (Sigla ou abreviatura) _____ 68-Nº Total de Meses Planejados _____ 69-Nº de Meses Autorizados _____

1.2 - RADIOTERAPIA

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

Tratamento(s) Anterior(es)	71 - Descrição	72 - Data de Início
1º		/ /
2º		/ /
3º		/ /

TRATAMENTO SOLICITADO - Planejamento Terapêutico Global—
73 - Continuidade de Tratamento NÃO SIM 74 - Data de Início do Tratamento Solicitado _____/_____/_____ 75 - Finalidade
 RADICAL ADJUVANTE ANTIÁLGICA
 PALIATIVA PRÉVIA ANTIHEMORRÁGICA

76 - CID Topográfico _____ 77 - Descrição _____ 78 - Nº Campo/Incrções _____ 79 - Data de Início _____/_____/_____ 80 - Data de Término _____/_____/_____

ÁREA IRRADIADA	77 - Descrição	78 - Nº Campo/Incrções	79 - Data de Início	80 - Data de Término
1			/ /	/ /
2			/ /	/ /
3			/ /	/ /

2 - NEFROLOGIA

81-PRIMEIRO ATENDIMENTO	82-SEGUIMENTO
DATA DA 1ª DIÁLISE REALIZADA _____/_____/_____	
Altura _____ m	TRU <input type="checkbox"/> Inscrito na lista da CNCDO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IMC(kg/m²) _____	
Peso _____ Kg	Hb _____ g%
ACESSO VASCULAR <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Diurese _____ ml	Albumina _____ g%
aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo	aa HIV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Glicose _____ mg/dl	aa HCV <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Albumina _____ %	Intervenção de Fistola <input type="checkbox"/> QTD _____
Hb _____ g%	HBs Ag <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo
Ultrasonografia Abdominal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

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