



PLANO TERAPÊUTICO - ONCOLOGIA

I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROPONENTES

MÉDICO SOLICITANTE	CRM
ESPECIALIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE	TELEFONE PARA CONTATO (MÉDICO)
FARMACÊUTICO	CRF

II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	TELEFONE PARA CONTATO (PACIENTE)
------	----------------------------------

III. DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES

PESO	ALTURA	SUPERFÍCIE CORPÓREA	CID	ESTADIAMENTO I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	DATA DO DIAGNÓSTICO	TNM T: N: M:		
DADOS COMPLEMENTARES (ANEXAR LAUDO: IMUNOHISTOQUÍMICA, FISH, PCR, CITOGENÉTICA)				
<input type="checkbox"/> ESTRÓGENO <input type="checkbox"/> PROGESTERON <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> CD20 <input type="checkbox"/> c-KIT <input type="checkbox"/> BRC/ABL <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____				

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO PRÉVIO:

Cirurgia / Radioterapia:	
Quimioterapia Adjuvante:	
Quimioterapia 1ª. Linha:	
Quimioterapia 2ª. Linha:	

IV. PLANO TERAPÊUTICO

TIPO: INICIAL 1ª MODIFICAÇÃO 2ª MODIFICAÇÃO 3ª MODIFICAÇÃO

TERAPIA ANTINEOPLÁSICA

INDICAÇÃO: CURATIVO PALIATIVO ADJUVANTE NEOADJUVANTE ASSOCIADO A RT

LINHA TERAPÊUTICA: INICIAL 2ª LINHA 3ª LINHA 4ª LINHA

PROTOCOLO PROPOSTO:

TERAPIA ANTINEOPLÁSICA								
DROGAS (PRINCÍPIO ATIVO)	VIA ADM.	DOSE mg/m ² mg/kg AUC	DOSE calculada	SESSÕES (d1,d2...)	INTERVALO ENTRE CICLOS	CICLO		DATAS DAS APLICAÇÕES
						ATUAL	TOTAL	

OUTROS (EXCETO BIFOSFONATO, FATOR ESTIM. GRANULOCITOS, ERTROPOETINA, IL - 11)

DROGAS (PRINCÍPIO ATIVO)	VIA ADM.	DOSES	SESSÕES (d1,d2...)	INTERVALO ENTRE CICLOS	CICLO		DATAS DAS APLICAÇÕES
					ATUAL	TOTAL	

OBSERVAÇÕES / REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DATA PREVISTA PARA INÍCIO DO TRATAMENTO:

____ / ____ / ____

Médico responsável (assinatura /carimbo)

Farmacêutico responsável (assinatura /carimbo)

