Planserv
Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais

PLANO TERAPÊUTICO - ONCOLOGIA INTERNADO

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 ☐ II ☐ III ☐ IV ☐

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO	DATA DO DIAGNÓSTICO	TNM
		T: N: M:

DADOS COMPLEMENTARES (ANEXAR LAUDO: IMUNOHISTOQUÍMICA, FISH, PCR, CITOGENÉTICA)

☐ ESTRÓGENO ☐ PROGESTERONA ☐ HER2 ☐ CD20 ☐ c-KIT ☐ BRC/ABL ☐ EGFR ☐ KRAS ☐ 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 ADMINISTRAÇÃO	DOSE mg/m²	DOSE mg/kg	DOSE AUC	DOSE CALCULADA	SESSÕES d1, d2, ...

OBSERVAÇÕES / REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DATA PREVISTA PARA O TRATAMENTO: _____ / _____ / _____

_____
Médico responsável (assinatura /carimbo)

_____
Farmacêutico responsável (assinatura /carimbo)