



PLANO TERAPÊUTICO - ONCOLOGIA TERAPIA DE SUPORTE

I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROPONENTES

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

II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

III. DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES

DATA DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO HISTOPAT.	CID	TNM	ESTADIAMENTO
			T: N: M:	I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐
QUIMIOTERAPIA ATUAL			CICLOS REALIZADOS	DATA DA ÚLTIMA SESSÃO

IV. TERAPIA DE SUPORTE

☐ ERITROPOETINA
Hemoglobina _____ g/dL (anexar hemograma)
☐ BISFOSFONATOS
Creatinina Sérica _____ mg/dL (anexar laudo) Cálcio Sérico _____ mg/dL (anexar laudo)
Densitometria Óssea Exame Comprobatório de Metástase Óssea (anexar laudo)
☐ INTERLEUCINA
☐ FILGRASTIMA
INDICAÇÃO: ☐ Profilaxia Primária ☐ Profilaxia Secundária ☐ Uso Terapêutico Neutropenia _____ /mm ³ (anexar leucograma)
Condições Clínicas associadas: ☐ Infecção últimos 60 dias ☐ Diabetes Mellitus ☐ Insuf. Renal Crônica

TERAPIA DE SUPORTE

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

OBSERVAÇÕES:

DATA PREVISTA PARA INÍCIO DO TRATAMENTO: _____ / _____ / _____

Médico responsável (assinatura /carimbo)

Farmacêutico responsável (assinatura /carimbo)