

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, CITOGÉNÉTICA)

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			SESSÕES
		mg/m ²	mg/kg	AUC	d1, d2,

OBSERVAÇÕES / REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DATA PREVISTA PARA O TRATAMENTO: _____ / _____ / _____

Médico responsável (assinatura /carimbo)

Farmacêutico responsável (assinatura /carimbo)