



## PLANO TERAPÊUTICO - ONCOLOGIA AMBULATORIAL PEDIATRIA

### I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROPONENTES

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

### II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	TELEFONE PARA CONTATO (RESPONSÁVEL)
------	-------------------------------------

### III. DIAGNÓSTICO E DADOS SUPLEMENTARES

PESO	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

#### 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 - CICLO A CADA 28 DIAS

DROGAS (PRINCÍPIO ATIVO)	VIA ADMINISTRAÇÃO	DOSE			DOSE CALCULADA	SESSÕES
		mg/m <sup>2</sup>	mg/kg	AUC		d1, d2, ....

#### OBSERVAÇÕES / REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:


DATA PREVISTA PARA O TRATAMENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico responsável (assinatura /carimbo)

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico responsável (assinatura /carimbo)