

**SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA E
MEDICAMENTO ESPECIAL ONCOLÓGICO**

DATA EMISSÃO

NOME DO ASSOCIADO					MATRÍCULA		PLANO	
SEXO (M) (F)	IDADE	PESO	ALTURA	SUPERFÍCIE CORPORAL	E-MAIL PARA RETORNO			
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE				CPF		TEL MÉDICO ASSISTENTE		
NOME DO PRESTADOR SOLICITANTE				CNPJ		TEL DO PRESTADOR		
DIAGNÓSTICO / CITO / HISTOPATOLÓGICO					CLEARANCE DE CREATININA		DATA DO DIAGNÓSTICO	
LOCALIZAÇÃO DO TUMOR						ESTADIAMENTO		
LOCALIZAÇÃO DAS METÁSTASES								
DESCREVER TRATAMENTOS ANTERIORES								
PROTOCOLO A SER UTILIZADO (Informar drogas, dosagem, Qtd dias e intervalo de ciclo. Em caso de AUC, informar dose em mg)								
INFORMAÇÕES ÚTEIS ADICIONAIS (histórico, justificativa de retorno ao tratamento...)						DATA DESTE CICLO		
						CICLO ATUAL	TOTAL	
PARA PREENCHIMENTO EM CASO DE PACIENTE INTERNADO								
SENHA		HOSPITAL				DATA INTERNAÇÃO		
PROCURE PREENCHER COM LETRA DE FORMA. EVITE DEIXAR CAMPOS EM BRANCO. EVITARÁ ATRASO NA ANÁLISE E CONSEQUENTEMENTE ATRASO NO PRAZO DE RESPOSTA, O QUAL INICIARÁ NOVA CONTAGEM A PARTIR DO ENVIO DAS INFORMAÇÕES DE FORMA ADEQUADA.								
APÓS O COMPLETO PREENCHIMENTO PELO MÉDICO ASSISTENTE, ENCAMINHAR PARA ONCOLOGIA.MEDICAMENTO@GOLDENCROSS.COM.BR								
NOS CASOS DE 1o. CICLO, ENVIAR HISTOPATOLÓGICO, BEM COMO EXAME CONFIRMATÓRIO DE MESTÁSTASE ÓSSEA PARA BIFOSFONATO E CÓPIA DE EXAMES CD20 E HERCEPTEST, SEMPRE QUE NECESSÁRIO.								
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE								