

PLANO TERAPEUTICO DE QUIMIOTERAPIA E SIMILARES

1. Identificação do Credenciado Responsável pela Execução do Tratamento			
Nome completo:			
CNPJ:	Telefone:	E-mail:	
Médico solicitante:		CPF:	
Telefone:		E-mail:	
2. Identificação do			
Nome Completo:		Idade:	
Matrícula:		Sexo:	
Peso:	Altura:	Superfície Corporal:	
3. Diagnóstico			
Local do Tumor Primário:			
T:	N:	M:	CID 10:
Estadiamento: () I () II () III () IV () V () Não se aplica			
Status da			
Sem doença clínica: ()		Doença localizada: ()	
Diagnóstico Hispatológico:		Metástases: ()	
		Grau:	
Data do Diagnóstico:			
Tratamentos Anteriores: Sim () Não ()			
Tipo	Cirurgias: Não () Sim () Em caso de sim, especificar: _____		
	Radioterapia: Não () Sim () Em caso de sim, especificar:		
	Quimioterapia/Hormonioterapia: Não () Sim () Em caso de sim, especificar:		
4. Características do Tratamento Proposto:			
Modalidade do Tratamento			
Adjuvante: ()		Paliativa: ()	
Neoadjuvante: ()		Sintomático: ()	
Curativa: ()		Suporte Clínico (Controle): ()	
Regime de Realização: Ambulatorial () Internação ()			
Tipo de quimioterapia: 1ª linha () 2ª linha () 3ª linha () Outras linhas ()			
Justificativa para Internação: _____			

Protocolo(s)						
Quimioterápicos/ Imunoterápicos/ Hormonioterapia	Dose mg/m ²	Dose Total	Via de Admini st	Dias de aplicaçã o no	Periodi ci dade	Necessid e de Bomba Infusor
1.						S () N ()
2.						S () N ()
3.						S () N ()
4.						S () N ()
5.						S () N ()
6.						S () N ()
Periodicidade dos ciclos:			Data prevista do 1º ciclo:			
Quantidade total de ciclos previstos:						
5. Outras						
Antieméticos				Dose:		
				Dose:		
				Dose:		
Bifosfonatos	Tipo:			Dose:		
	Justificativa:					
	Periodicidade:					
6.						
Tipo			Dose:			
Justificativa:						
Periodicidade:						
7. Fatores de Crescimento Hematopoético:						
Tipo			Dose:			
Justificativa:						
Periodicidade:						
8. Novo Esquema						
Em caso de novo esquema terapêutico ou neoplasia rara, favor mencionar literatura: _____						

Data: solicitante:			Carimbo e assinatura do médico			

Esse Formulário deverá ser preenchido a cada início ou alteração de tratamento.