MAPFRE | SAÚDE

ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

2- Nº Guia no Prestador

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Referenciada	4 - Senha	5 - Data da Autorização	6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
			/ /	

Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira	8 - Nome

9 - Peso (Kg)	10 - Altura (Cm)	11 - Superfície Corporal (m²)	12 - Idade	13 - Sexo
,	,	,		

Dados do Profissional Solicitante

14 - Nome do Profissional Solicitante	15 - Telefone	16 - E-mail
	( ) -	

Diagnóstico Oncológico

17 - Data do diagnóstico	18 - CID 10 Principal	19 - CID 10 (2)	20 - CID 10 (3)	21 - CID 10 (4)	26 - PlanoTerapêutico
/ /					

22 – Estadiamento	23 - Tipo de Quimioterapia	24 - Finalidade	25 - ECOG

27 - Diagnóstico Cito/Histopatológico	28 – Informações relevantes

Medicamentos e Drogas solicitadas

	29-Data Prevista para Administração	30-Tabela	31-Código do Medicamento	32-Descrição	33-Doses	34-Via Adm	35-Frequência
1-	/ /				,		
2-	/ /				,		
3-	/ /				,		
4-	/ /				,		
5-	/ /				,		
6-	/ /				,		
7-	/ /				,		
8-	/ /				,		

Tratamentos Anteriores

36- Cirurgia	37 - Data da Realização	38 - Área Irradiada	39 - Data da Aplicação
	/ /		/ /

40-Observação / Justificativa

41- Número de Ciclos Previstos	42 - Ciclo Atual	43-Intervalo entre Ciclos (em dias)	44 - Data da Solicitação	45-Assinatura do Profissional Solicitante	46-Assinatura do Responsável pela Autorização
			/ /		