



ANEXO I-B

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO PAS/UFMS

Nome da
Clínica: _____

—

Nome do
paciente: _____ CPF: _____

Prontuário: _____ Idade: _____

DADOS CLÍNICOS E TRATAMENTO	
CID 10:	Data do Diagnóstico: _____ _____/_____/_____ Recidivas - data: ____/____/____
Exames realizados para avaliação:	
Topografia	Estadiamento () I () II () III () IV
TNM, G	T () N () M () G ()
Capacidade Funcional do paciente (Zubrod / Karnofsky)	0 1 2 3 4
Tratamentos prévios realizados? (Cirurgias, RT, QT, etc) () sim () não	Especificar datas e medicamentos (listar nome químico).
	1)
	2)
	3)
	4)
	5)
Peso: _____ Altura: _____ ____ Sup. Corp: _____ Sessão do tratamento: () inicial () continuidade () mudança de esquema	() Quimioterapia Qtde de ciclos: _____ () Neoadjuvante () Adjuvante () Paliativa ou Controle () Assoc. à Radiot. Protocolo: _____ Nome químico do medicamento: _____ Tipo do tratamento: () 1ª linha () 2ª linha () 3ª linha () __ª linha Opção de escolha: () 1ª () 2ª () 3ª () Radioterapia nº de sessões: _____



Serviço Público Federal
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Continuidade mensal de tratamento ou substituição - indicar	() RC () RP () DE () PD	Nº do Ciclo atual solicitado: _____
---	--------------------------------	-------------------------------------



Avenida Costa e Silva, s/no - Cidade Universitária
Fone: (67) 3345-7122
CEP 79070-900 - Campo Grande - MS