

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA

**MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE NATAL
SOLICITAÇÃO DE QUIMIOTERAPIA**

DADOS DO USUÁRIO							
Nome:						NIP:	
Data de Nascimento:	Idade:	Peso (Kg):	Altura (Cm):	Sup. Corporal (m²):	Sexo: Feminino () Masculino ()		
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome:						CRM:	
Tel:			Email:				
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO							
Data do Diagnóstico:			CID:	Estadiamento:			
Sistema TNM:	Tumor:	Nódulo:	Metástase:	Performance Status Atual: (ECOG ou KPS):			
Diagnóstico Cito/Histopatológico:							
Tipo de tratamento:		Neoadjuvante ()	Adjuvante ()	Paliativo ()	Associado à Radioterapia ()		
() Ambulatorial () Internado		Código(s) da(s) Terapia(s) - CBHPM 2014:					
Se necessário hospitalizar, justificar:							
PLANO TERAPÊUTICO							
Sigla e/ou Descrição do protocolo:			Nº de Ciclos Previstos:	Nº de Ciclos Previstos:	Ciclo Atual:	Nº de dias do Ciclo Atual:	
MEDICAMENTOS PRÉ QT / QT / PÓS QT							
Data Prevista para início da Adm	Medicamento			Unid.	Via Adm	Dose p/ m²	Dose Total
TRATAMENTOS ANTERIORES							
Cirurgia:		Data da realização:		Radioterapia (área irradiada):		Data da Aplicação:	
Quimioterapia anteriores (descrever drogas utilizadas):							
Data da Última Recidiva / Progressão: ____ / ____ / ____							
Prestador: _____ Data da Solicitação: ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> _____ Assinatura e carimbo com CRM do médico solicitante </div>							

Observações	
<p>Para que o tratamento seja autorizado é necessário preenchimento de todos os campos acima, anexar orçamento prévio e exames que justifiquem diagnóstico e conduta médica. Em caso de mudança de protocolo novo formulário deverá ser preenchido e fornecido ao usuário. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente.</p>	

Natal, 20 de outubro de 2025.

ANA PAULA DA SILVA ROSNER
Capitão de Fragata (RM1-T)
Assessora do Serviço de Credenciamento

ASSINADO DIGITALMENTE