

FORMULÁRIO PARA INÍCIO OU MUDANÇA DE TRATAMENTO VO/IV

* O preenchimento completo é necessário para dar prosseguimento ao processo de autorização do tratamento;

* Favor anexar cópia da prescrição.

Identificação do paciente:	Nome: _____			
	ETIQUETA			
	Data de nascimento: ___/___/_____			
Diagnóstico oncológico:		CID-10:		
Data do diagnóstico inicial:				
Estadiamento inicial:	Tumor: <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T0 <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> Tx Nódulo: <input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> Nx Metástase: <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> Mx Estadiamento TNM: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Data de diagnóstico de metástases (se doença metastática):				
Tipo de tratamento:	<input type="checkbox"/> Quimioterapia, Terapia alvo ou Imunoterapia <input type="checkbox"/> Manipulação hormonal (incluindo abiraterona e enzalutamida)			
Intuito do tratamento:	<input type="checkbox"/> Neoadjuvante <input type="checkbox"/> Adjuvante / Curativo <input type="checkbox"/> Paliativo			
Linha de tratamento (quando aplicável):	<input type="checkbox"/> Primeira linha <input type="checkbox"/> Segunda linha <input type="checkbox"/> Terceira linha <input type="checkbox"/> Quarta linha ou posterior			
Concomitante à radioterapia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Tratamento proposto:				
Periodicidade do tratamento:				
Tempo de tratamento (em meses ou ciclos):		Peso:		Altura:
Motivo da mudança do tratamento:				

Data da solicitação: ___ / ___ / _____ Médico solicitante: _____