



CAPESESP

Protocolo N°

Processo N°

Solicitação de Antineoplásico Via Oral

Associado / beneficiário	Idade	Matrícula / dependente
--------------------------	-------	------------------------

Informações Clínicas

Localização da Doença	CID 10 - Topografia		
Comprometimento de outros órgãos (lesões secundárias) () NÃO () SIM Especifique:	Comprometimento de Linfonodos () SIM () NÃO () NÃO AVALIADO		
Estadiamento Clínico (UICC)	CID 10 - Morfologia	Diagnóstico cito ou histopatológico	Grau histopatológico
	M		() GX () G1 () G2 () G3 () G4
Tratamento anterior? () NÃO () SIM Obs: Informe o mês do início da terapia anterior, se for o caso	Especifique: () CIRURGIA - Mês/ano: ____/____ () HORMÔNIO - Mês/ano: ____/____	() QUIMIO - Mês/ano: ____/____	() RADIO - Mês/ano: ____/____

Planejamento Terapêutico

Finalidade do tratamento: () Curativa () Paliativa () Controle () Prévia - neoadjuvante ou citoredutora () Adjuvante - profilática

Medicamento	Dose	Previsão do tempo de utilização () mês(es)
Medicamento	Dose	Previsão do tempo de utilização () mês(es)
Medicamento	Dose	Previsão do tempo de utilização () mês(es)
Medicamento	Dose	Previsão do tempo de utilização () mês(es)
Medicamento	Dose	Previsão do tempo de utilização () mês(es)

Desde já autorizo, sob a supervisão do farmacêutico responsável, a substituição da medicação prescrita para o paciente em referência, por genéricos, de acordo com a Lei 9.787, de 10/12/99, regulamentada através do Decreto nº 3181, de 23/9/99.

_____, ____/____/____. _____
 Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Assistente

Observações: As informações constantes deste documento possuem caráter confidencial, devendo ser entregue aos cuidados da Assessoria Médica do CAPESAÚDE em envelope lacrado, anexo à receita médica, que será utilizada pela farmácia dispensadora. Desde já agradecemos a colaboração no preenchimento completo de todos os campos desta guia.

Reservado à CAPESESP

Autorizado

Pendências

Indeferido

OBSERVAÇÕES: _____

Autorizo a utilização dos dados pessoais e informações sobre saúde, com a finalidade de gerar dados para estudos e pesquisas científicas, visando a promover ações e projetos para melhorias práticas e preventivas pela CAPESESP no âmbito do atendimento à saúde suplementar. Esta autorização pode ser revogada a qualquer tempo, por simples requerimento à CAPESESP.

_____, ____/____/____. _____
 Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor