



CAPESESP

Protocolo N°

Processo N°

## AUXÍLIO-MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO

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 Especifique: ( ) CIRURGIA - Mês/ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) QUIMIO - Mês/ano: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Obs: Informe o mês do início da terapia anterior, se for o caso ( ) HORMÔNIO - 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
 Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor