

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES |
| <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| <input type="checkbox"/> OUTROS | |

NOME DO PACIENTE: _____ N° GICH : _____
CÓDIGO USUÁRIO: _____ HOSPITAL: _____
DATA INTERNAÇÃO: _____ PREVISÃO DE ALTA: _____

JUSTIFICATIVA:

DATA:

ASS. MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA:

ASS. MÉDICO AUDITOR

MEDICAMENTOS QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PRÉVIA

- * Actilyse
- * Agrastat
- * Albumina
- * Alveofact
- * Azactam Ig
- * Beriplast
- * Ciprofloxacina
- * Durogesic 100mcg
- * Endobulin
- * Eritropoetina
- * Estroptoquinase
- * Fatores de Coagulação
- * Fraxiparina Tx1
- * Granulokine
- * Imunoglobulinas
- * Inibid. Agreg Plaquetas
- * Interferon
- * Lanexat 0,5mg
- * Leucocitin
- * Meronem
- * Nimbium
- * Sandostatim
- * Stilamim
- * Surfactante
- * Targocid
- * Timecef 2g
- * Tissucol
- * Vacina Anti Rh
- * Zofran
- * Zoltec IV

TODOS OS MEDICAMENTOS ACIMA DE R\$ 500,00

Justificativa: _____

LAUDO MÉDICO PARA QUIMIOTERAPIA IDENTIFICAÇÃO PATOLÓGICA DO CASO

| | | | |
|---------------------|---|----------------------|-----|
| LOCALIZAÇÃO | | ESTADIAMENTO | |
| CITOPATOLÓGICO | | INÍCIO TRAT. | / / |
| CONTINUAÇÃO? | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> | SUPERFÍCIE CORPORAL | |
| VIA | IV <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> | | |
| FINALIDADE | CURATIVA <input type="checkbox"/> PRÉVIA <input type="checkbox"/> PALIATIVA <input type="checkbox"/> CONTROLE <input type="checkbox"/> ADJUVANTE <input type="checkbox"/> | | |
| ESQUEMA TERAPÊUTICO | | | |
| Nº TOTAL DE MESES | | | |
| DATA | ___ / ___ / ___ | ASSINATURA E CARIMBO | |