

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