|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | Nome do usuário: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Idade: | | | | |  | Data:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | |  |
|  |  | | | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | Código da Unimed: | |  |  | | | | |  |  | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **2 – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO REALIZADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Localização do Tumor:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Antineoplásico em uso (esquema):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Data da última aplicação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Radioterapia (área irradiada):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Data da última aplicação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **3 – TRATAMENTO DO PROPOSTO (assinale a terapia solicitada):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | **TERAPIA PARA ANEMIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE:**  (Referências: American Society of Clinical Oncology/American Society of Hematology Clinical Practice Guideline Update on the Use of Epoetin in Adult Patients With Cancer – 2010).   1. Trata-se de paciente sintomático por anemia? ( ) Sim ( ) Não 2. Informar valor de hemoglobina atual (últimos 30 dias): \_\_\_\_\_\_g/dl em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_. 3. Trata-se de anemia relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DE INFFECÇÕES RELACIONADAS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS:**  (Referências: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections. 2012;10:1412-1445 J Natl Compr Canc Netw).   1. Trata-se de indicação de antimicrobiano com fim: ( ) profilático ( ) terapêutico 2. Se profilático, tem por objetivo: ( ) profilaxia primária ( ) profilaxia secundária 3. Se terapêutico, qual o foco infeccioso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **TERAPIA PARA DIARRÉIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS:**   1. Trata-se de diarréia relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA DOR NEUROPÁTICA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS:**   1. Trata-se de dor neuropática relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS**   1. Trata-se de rush cutâneo relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NEUTROPENIA RELACIONADA AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS COM FATORES DE CRESCIMENTO DE COLÔNIAS DE GRANULÓCITOS:**  (Referências: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) -Myeloid Growth Factors. J Natl Compr Canc Netw 2009;7:64-83).   1. Trata-se de profilaxia de neutropenia febril relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não 2. Se for intenção profilática, trata-se de profilaxia primária? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, qual o risco? ( ) Baixo ( ) Intermediário ( ) Alto * Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para estabelecer o grau de risco? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Se for intenção profilática, trata-se de profilaxia secundária? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, quando foi o episódio anterior de neutropenia febril? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Qual é a intenção da terapia antineoplásica? ( ) curativa ( ) paliativa  1. Trata-se de uso terapêutico? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, apresentou febre (T axilar > ou = 38ºC)? ( ) Sim ( ) Não * Apresenta contagem de neutrófilos < ou = 500 ou <1.000 com probabilidade de queda nas próximas 48h?   ( ) Sim ( ) Não (anexar cópia do último hemograma)   1. Já usa fator de crescimento de colônias de granulócitos? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, qual a data da última aplicação?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Se não, tem fator de risco para complicações associadas a infecções? ( )Sim ( )Não * Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DA NÁUSEA E VÔMITO RELACIONADOS AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS** (Referências: Diretrizes em Antieméticos MASCC/ESMO 2011- Multinational Association of Supportive Care in Cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) – Antiemesis 2012. ASCO Guidelines – Antiemetics: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update – 2011).   1. Trata-se de náusea/vômito relacionados ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, qual o(s) antineoplásico(s) usado(s)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. * Qual seu potencial emetogênico? ( ) Baixo ( ) Intermediário ( ) Alto * Qual o(s) antiemético(s) solicitado(s)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  1. Trata-se de prevenção de náuseas/vômitos antecipatórios? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RASH CUTÂNEO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS**   1. Trata-se de rush cutâneo relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não     **TERAPIA PARA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO RELACIONADO AO USO DE ANTINEOPLÁSICOS** (Referências: Journal of Clinical Oncology (2010) – American Society of Clinical Oncology / ESMO Guidelines Working Group (Annals of Oncology 22 supplement 6: v85-v92, 2011/ NCCN National Comprehensive Cancer Network - vol 9, n. 7, 2011).   1. Trata-se de profilaxia ou tratamento de de tromboembolismo relacionada ao uso de antineoplásicos? ( ) Sim ( ) Não 2. Trata-se de paciente com Mieloma Múltiplo? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, está em uso de Antiangiogênico e Quimioterapia? ( ) Sim ( ) Não * Qual(is): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. Trata-se de profilaxia secundária ou tratamento de tromboembolismo já diagnosticado? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, quando ocorreu o evento prévio? (anexar cópia de exame que o documente):   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. Trata-se de paciente com ocorrência prévia de trombocitopenia relacionada à Heparina? ( ) Sim ( ) Não  * Se sim, quando ocorreu este o evento? (anexar cópia de hemograma que o documente):   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **4 – MEDICAMENTO SOLICITADO:** | | | | | | | | | | |  |  | |  |  | | | |  | | |  |  | |  |  | | | |  | | | Tempo previsto de tratamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🖵 diário 🖵 semanal 🖵 14 dias 🖵 21 dias 🖵 Outros: | | | | | | | | | | |  |  | |  |  | | | |  | | | Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sup. Corp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m2 | | | | | | | | | | | Medicamento | | Dose / Via | | | Medicamento | | Dose / Via | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  | | |

**Atenção:** Preencher todos os campos com letra de forma clara

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |
| Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante: | | | |

**Parecer da Unimed:**