

UNIDADE SOLICITANTE	Instituição _____			
	INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS			
	Telefone e Ramal _____	FAX _____	Data da Solicitação _____	Local (Cidade/Estado) _____
	Médico Solicitante (Assistente do Paciente) _____		CRM _____	Especialidade _____
Assistente Social Responsável da Instituição Solicitante _____		Telefone de Contato _____	E-Mail _____	

DADOS DO PACIENTE	Nome do Paciente (Letras Maiúsculas sem abreviação) _____			
	Endereço do Paciente _____			C.E.P. _____
	Nome da Mãe _____			
	Nome do Pai _____			
	Telefone de Contato _____	Registro Geral (R.G.) _____	Órgão Emissor _____	Data de Expedição _____
	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento _____	Cartão Nacional da Saúde _____	CPF _____

UNIDADE DE RETORNO	Unidade de Acompanhamento Clínico (Doenças de Base) _____			
	Telefone e Ramal _____	Cidade / Estado _____	Médico Responsável _____	CRM _____
	Unidade de Retorno pós Alta _____			Telefone de Contato () _____

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL	Localização do tumor primário com CID-10 _____ Quando C50, se possível , solicitar bloco de lamina para revisão			
	Diagnóstico cito / histológico datado _____			
	Data do Laudo do Anatomopatológico _____			
	Tem Metástase?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO
	Fez Quimioterapia Anterior?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Se SIM, enviar relatório médico
	Fez Radioterapia Anterior?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Se SIM, enviar relatório médico
	Cirurgia Anterior para Retirada do Tumor?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Se SIM, enviar relatório médico
Complementação Clínica (Livre) _____				

PERFORMANCE	<input type="checkbox"/> ZERO - Paciente completamente ativo, desempenhando atividades prévias a doença sem restrição.
	<input type="checkbox"/> 01 - Paciente restrito em atividades físicas vigorosas, mas está deambulando e capaz de realizar tarefas leves e sedentárias.
	<input type="checkbox"/> 02 - Paciente está deambulando e realiza o cuidado pessoal, mas é incapaz de trabalhar; paciente passa fora da cama mais de 50% do dia útil.
	<input type="checkbox"/> 03 - Paciente só realiza tarefas limitadas do cuidado pessoal; confinado a cama ou cadeira de rodas mais de 20% do dia útil.
	<input type="checkbox"/> 04 - Paciente completamente debilitado e incapaz de cuidados especiais; completamente confinado a cama ou cadeira de rodas.

FECHAMENTO DE FICHA	Ambulatório _____	Data e Hora do Agendamento _____
	Nome do Médico Responsável _____	CRM _____
	Em caso de Recusa Motivo _____	

Obrigatório envio de resultado do anatomopatológico juntamente com a ficha de acompanhamento oncológico, via email para: regulacao@icesp.org.br