

Associação Carol's - O sorriso da Esperança
Ficha Médica de Beneficiário - Inicial / Referenciação
(preenchimento prévio à consulta juntamente com ficha de inscrição)

Data: _____

Nome completo: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Género: M F Outro _____

Peso: _____ Altura: _____

Unidade de saúde acompanhamento: _____

Médico Assistente / Preponente

Nome: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Diagnóstico oncológico/ sistémico

Data diagnóstico: _____

Patologia(s): _____

Situação à data da referenciação:

doente novo em tratamento em seguimento

Presença de cateter central Sim Não

História médica sistémica relevante

Patologias da coagulação: _____

Alergias ou história de reações alérgicas: _____

Capacidade de cooperação: má razoável boa

Outras Patologias: _____

Parâmetros analíticos relevantes do hemograma

Contagem plaquetas: _____

Contagem absoluta de neutrófilos: _____

Estudo da coagulação: INR _____ Tempo protrombina: _____

Outros relevantes: _____

Tratamentos sistêmicos à data da avaliação :

- Propostos**
- Quimioterapia (data início): _____
Quimioterapia (data final prevista): _____
 - Cirurgia envolvendo a face (data prevista): _____
 - Radioterapia (data início): _____
Radioterapia data final prevista): _____
 - Transplante de medula óssea: auto alo
(data prevista): _____
- Em curso**
- Quimioterapia (data início): _____
Quimioterapia (data final prevista): _____
 - Cirurgia envolvendo a face (data prevista): _____
 - Radioterapia (data início): _____
Radioterapia data final prevista): _____
 - Transplante de medula óssea: auto alo
(data prevista): _____
- Efetuados**
- Quimioterapia (data início): _____
Quimioterapia (data final): _____
 - Cirurgia envolvendo a face (data realização): _____
 - Radioterapia (data início): _____
Radioterapia data final): _____
 - Transplante de medula óssea: auto alo
(data realização): _____

Medicação sistêmica à data Sim Não

Se S especifique _____

Objetivos da referenciação

- Avaliação de fase 1 (desde o diagnóstico até ao início de tratamento)
- Avaliação de fase 2 (durante o tratamento e até 30 dias após completar)
- Avaliação de fase 3 (mais de 30 dias depois do final do tratamento)

Motivo da referênciação: _____

Relatório com História clínica realizada por Médico Assistente Sim Não