

Relatório Médico

Sr.(a): _____

1. Hospital onde foi tratado : _____

2. Tipo de tumor : _____

_____ CID - O: _____

3. Localização anatômica : _____

_____ Estadiamento : _____

4. Cirurgias realizadas e as datas : _____

_____ / /

_____ / /

_____ / /

5. Radioterapia : Pré-operatório Pós-operatório

Fonte de radiação : _____

Acelerador linear Bombas de cobalto Braquiterapia

Campo irradiado : _____

Dose/dia : _____ nº de sessões : _____ Dose total de cGY (GY) : _____

Data de início da radioterapia : _____ / / Término : _____ / /

Instituição que realizou a radioterapia : _____

6. Quimioterapia : Pré-operatório Pós-operatório

Data de início da quimioterapia : _____ / / Término : _____ / /

Protocolo : _____ Ciclo : _____

Instituição que realizou a quimioterapia : _____

7. Realiza outro tipo de tratamento? _____ Com qual profissional? _____

8. Complicações : _____

9. Seguimento programado : _____

10. Comorbidades : _____

Data : _____ / /

_____ Assinatura e carimbo do responsável

Favor enviar cópia do exame anatomo patológico