

**RELATÓRIO MÉDICO**

**Favor anexar cópia do EXAME ANATOMO PATOLÓGICO**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Cartão SUS

1. Hospital onde foi tratado: \_\_\_\_\_

CNES

2. Localização Anatômica (CID-O): \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico (CID-O): \_\_\_\_\_

4. Estadiamento Clínico: \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

5. Cirurgias realizadas e as datas:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

6. **RADIOTERAPIA:**  pré-operatória  pós-operatória

Radiação:  Acelerador linear  Bomba de cobalto  Braquiterapia

Campo irradiado: \_\_\_\_\_

Dose/dia: \_\_\_\_\_ N° de sessões: \_\_\_\_\_ Dose total cGY (GY): \_\_\_\_\_

Data de início da radioterapia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição que realizou a radioterapia: \_\_\_\_\_

7. **QUIMIOTERAPIA:**  pré-operatória  pós-operatória

Protocolo: \_\_\_\_\_ N° de Ciclos: \_\_\_\_\_

Data de início da quimioterapia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8. Complicações: \_\_\_\_\_

9. Comorbidades: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do responsável**