



Hospital Mário Kroeff

Associação Brasileira de Assistência aos Cancerosos

PRIMEIRA CONSULTA - ONCOLOGIA CLÍNICA

Data do Atendimento: ____/____/____ Prontuário: _____

Nome: _____

Sexo: () Masc. () Fem. Idade _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Cor: Branco () Negra () Parda () Amarela ()

Encaminhado Por: _____

Motivo do Atendimento _____

História da Doença Oncológica: _____

LHP Biópsia do Diagnóstico ____/____/____

Imunohistoquímica (se houver): _____

Tratamento prévio:

() Não () Sim

Tipo de Cirurgia e Histopatológico

____/____/____

Radioterapia

____/____/____ à ____/____/____

Quimioterapia

() Neo Adjuvante () Adjuvante () Paliativa

Esquema

Hormônioterapia



História Médica Progressiva:

Menarca: _____ Menopausa _____ anos Coitarca _____ anos

Gesta: _____ para _____ Aborto 1ª Gestação: _____ anos

() Contraceção Oral: _____ anos () TRH: _____ anos

Comorbidades:

() HAS () DAC () ASMA () IRC () Tireoidopatia: _____
() DM2 () ICC () DPOC () TBC () Outros: _____
Prévia

Medicações de uso regular: _____

Cirurgias Prévias: _____

Tabagismo: () Não () Sim:

Etilismo: () Não () Diário () Social

Cigarro/dia: _____ Tempo de Tabagismo: _____

Outras Drogas: _____

Emagrecimento: _____ kg em _____ Meses

Estado Nutricional: () Bom () Ruim () Péssima

História Familiar de Câncer

() Pai: _____

() Mãe: _____

() Avós Paternos: _____

() Avós Maternos: _____

() Irmãos: _____

() Filhos: _____

Exame Físico

Peso _____ kg

Altura _____ cm

SC _____ M²

Cabeça e Pescoço: _____

Tórax: _____



Plano Terapêutico: _____

Conduta: _____

Prontuário:

Data

_____/_____/_____

Assinatura e Carimbo Médico
