

Autorização para Sessão de Quimioterapia

Data: ___/___/_____

Paciente: _____

Médico Assistente: _____

Conforme avaliação do hemograma realizado no dia ___/___/_____ segue parecer abaixo para realização de quimioterapia referente ao protocolo _____, na data prevista ___/___/_____.

- () Autorizo realização de quimioterapia.
- () Suspendo a realização de quimioterapia.

Observações:

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a)