

(*Preenchimento obrigatório)

*INSTITUIÇÃO SOLICITANTE: _____

*Médico solicitante: _____

*Nome do receptor: _____

*Data de nascimento: ____ / ____ / ____ *CPF: _____

*Sexo: Feminino Masculino

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____

*Diagnóstico principal: _____

*Data do transplante: ____ / ____ / ____

*Doador: Aparentado Não aparentado Parentesco: _____

*Fonte de células-tronco: Sangue periférico Medula óssea Cordão umbilical

*Transfusões de sangue: Não Sim Data da última transfusão: ____ / ____ / ____

*Infusão de linfócitos do doador: Não Sim Data da última infusão: ____ / ____ / ____

*Nome do doador: _____

**Data de nascimento: ____ / ____ / ____ **CPF: _____

*Sexo: Feminino Masculino

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____

(**Preenchimento obrigatório apenas para doador aparentado)

AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Amostra pré-transplante ou swab oral do receptor devem ser obrigatoriamente testados no primeiro exame.

Amostra do RECEPTOR

*Tipo de coleta: Sangue periférico Medula óssea Swab oral Bulbo capilar

*Data da coleta: ____ / ____ / ____

AMOSTRA DO DOADOR

*Tipo de coleta: Sangue periférico Swab oral

*Data da coleta: ____ / ____ / ____

*Carimbo, CRM e assinatura do médico

*Data: ____ / ____ / ____