

## Notificação de Transplante de Medula

Serviço de transplante: \_\_\_\_\_ Data do Transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### RECEPTOR

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masc  Fem Raça: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Cidade de origem: \_\_\_\_\_ UF de origem: \_\_\_\_\_ País de origem: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

### DOADOR

Nome: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Doador não aparentado cód. \_\_\_\_\_

### TIPO DE TRANSPLANTE PROCEDIMENTO

- APARENTADO: TCTH de Medula Óssea Alogênico
- APARENTADO: TCTH de Sangue Periférico Alogênico
- APARENTADO: TCTH de Sangue de Cordão Umbilical

- NÃO APARENTADO: TCTH de Medula Óssea Alogênico
- NÃO APARENTADO: TCTH de Sangue Periférico Alogênico
- NÃO APARENTADO: TCTH de Sangue de Cordão Umbilical

- AUTÓLOGO: TCTH de Medula Óssea
- AUTÓLOGO: TCTH de Sangue Periférico

- TERAPIA CAR T CELL

Fonte Pagadora:  SUS  Convênio  Particular

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Médico Responsável  
Assinatura e Carimbo