

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ
Notificação de Transplante de Medula Óssea

Data do Transplante: _____ / _____ / _____

TIPO DE TRANSPLANTE	PROCEDIMENTO
APARENTADO: TCTH de Medula Óssea Alogênico	05.05.01.001-1
APARENTADO: TCTH de Sangue Periférico Alogênico	05.05.01.005-4
APARENTADO: TCTH de Sangue de Cordão Umbilical	05.05.01.003-8
NÃO APARENTADO: TCTH de Medula Óssea Alogênico	05.05.01.002-0
NÃO APARENTADO: TCTH de Sangue Periférico Alogênico	05.05.01.006-2
NÃO APARENTADO: TCTH de Sangue de Cordão Umbilical	05.05.01.004-6
AUTÓLOGO: TCTH de Medula Óssea	05.05.01.007-0
AUTÓLOGO: TCTH de Sangue Periférico	05.05.01.008-9

Fonte Pagadora: SUS CONVENIO PARTICULAR

RECEPTOR:

Nome: _____	Idade: _____
CID: _____	Diagnostico: _____
Cidade: _____	UF: _____
Fone: (____) _____	Celular: (____) _____

TIPO: Autologo Aparentado Não Aparentado

DOADOR:

Nome: _____	Parentesco: _____
Procedência: _____	Pais: _____

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPLANTE:

SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:

Hospital: _____
Município: _____ UF: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo