



SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANA
Ficha de Notificação de Transplante Rim
DOADOR VIVO



<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> CONVENIO	<input type="checkbox"/> PARTICULAR
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

DADOS DO RECEPTOR

ESTABELECIMENTO/SERVIÇO TRANSPLANTADOR		MUNICIPIO						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
DATA DO TRANSPLANTE		HORA DO TRANSPLANTE						
<input type="text"/>		<input type="text"/>						
NOME DO RECEPTOR			RGCT					
<input type="text"/>			<input type="text"/>					
DATA NASCIMENTO		IDADE	ABO	HLA		A	B	DR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS DO DOADOR

NOME DO DOADOR			GRAU PARENTESCO					
<input type="text"/>			<input type="text"/>					
DATA NASCIMENTO		IDADE	ABO	HLA		A	B	DR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ENDEREÇO					Nº	BAIRRO		
<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>		
COMPLEMENTO		CEP		CIDADE		UF		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
FONE				CELULAR				
<input type="text"/>				<input type="text"/>				

OBS: comunicar a realização do transplante de imediato através do fax (41) 3304-1909

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO