

Protocolo de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante – Medula Óssea

Solicito encaminhamento do paciente para avaliação em um serviço de transplante de medula óssea para realização de TMO

Receptor Doador

- Alogênico Não aparentado
- Alogênico Aparentado
- Autólogo
- Doador encaminhado via REDOME para investigação

Os pacientes candidatos à avaliação pré-transplante de medula óssea devem ser encaminhados com as seguintes informações (anexar laudos dos exames diagnósticos):

Dados do Paciente:

NOME COMPLETO:	
NOME DA MÃE:	
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
NATURALIDADE (município):	UF(estado):
RAÇA (branca, preta, parda, amarela, indígena):	
CPF (sem caracteres):	
CARTÃO SUS (sem caracteres):	
ENDEREÇO:	Nº:
COMPLEMENTO:	CEP:
CIDADE:	UF:
TELEFONE CELULAR (OBRIGATÓRIO):	
EMAIL PESSOAL:	

O usuário já se encontra em Curitiba no caso de ser de outro Estado:

Sim Não

Para que as solicitações sejam atendidas além dos dados acima deverão vir com os **Documentos escaneados em um arquivo apenas** - RG, CPF, CNS, Comprovante de endereço no nome do usuário (água, luz ou telefone).

Diagnóstico: _____

Data do diagnóstico: _____

Exames complementares (mielograma, Bx MO, imunohistoquímica, imunofenotipagem, citogenética):

Tratamentos anteriores (data e esquema QT/imunossupressão):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Número de transfusões de hemocomponentes:

CH: _____ Plaquetaféreses: _____ Pool de plaquetas : _____ Outros: _____

Complicações Relevantes Durante o Tratamento:

Doenças Associadas (DM, HAS, IRC, entre outras):

Exames laboratoriais:

	HMG ao diagnóstico	HMG atual
Hb		
VG		
Leucócitos		
Neutrófilos		
Bastões		
Blastos		
Plaquetas		

Uréia		FA	
Creatinina		Anti-HIV	
TGO		Anti-HBc	
TGP		Anti-HBs	
Bilirrubina total (BD)		HBsAg	
GGT		Anti-HCV	

Outros exames relevantes:

Responsável pelas informações e telefone para contato: _____

Local e Data: _____