

Ficha de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante de Medula Óssea

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

Dados do Paciente:

Nome: _____
Data Nascimento: _____ Cartão SUS ou Convênio: _____
Nome da mãe: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____ Cidade _____
Telefones: _____
Profissão: _____ Religião: _____
Serviço/Hospital de Origem: _____

Diagnóstico:

Data do diagnóstico: _____
Exames complementares (mielograma, Bx MO, imunohistoquímica, imunofenotipagem, citogenética):

Tratamentos anteriores (data e esquema QT/imunossupressão):

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

Karnofsky atual: _____

Número de transfusões de hemocomponentes:

CH: _____ Plaquetaféreses: _____ Pool de plaquetas: _____
Hemocomponentes irradiados: () Sim () Não () Ambos
Outros: _____



Sistema Estadual
de Transplantes
do Paraná



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

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

Outros exames:

Local, data: _____
Telefones para contato: _____

Médico Responsável: _____
Carimbo e Assinatura: _____