

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Exame: **Análise de Quimerismo Pós-Transplante**

Dados do receptor

Nome: _____

Anexar último hemograma ou informar Leucometria global: _____

Etiologia da doença:

1º transplante: ____/____/____

2º transplante: ____/____/____

Material biológico do receptor pós-transplante:

Sangue Data da coleta: ____/____/____

Medula óssea Data da coleta: ____/____/____

Outro Data da coleta: ____/____/____

Material biológico do receptor pré-transplante:

Sangue (coletado antes do transplante)

DNA (coletado antes do transplante)

Swab bucal (coletado após o transplante)

Bulbo capilar (coletado após o transplante)

Outro: _____

Dados do doador:

Nome: _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Material biológico do doador:

Sangue

DNA

Outro: _____

Médico solicitante: _____

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 02