

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0779 FORMULÁRIO DO QUIMERISMO

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados do paciente

Nome do paciente: _____

Número do pedido: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: Feminino Masculino

Dados do exame

Data de coleta: ____/____/____

Tipo de amostra do RECEPTOR: Sangue periférico Swab Medula Óssea

Tipo de amostra do DOADOR: Sangue periférico Medula Óssea

Dados clínicos

Qual a doença em tratamento: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____

Paciente em tratamento: Sim Não

Qual a medicação em uso: _____

Data da última quimioterapia: ____/____/____

Fez transplantes de medula óssea anterior: Sim Não

Sexo do doador: Feminino Masculino

Data do transplante anterior: ____/____/____

Fez infusão de linfócitos do doador: Sim Não

Data da infusão de linfócitos: ____/____/____

Programação do transplante de medula óssea atual: _____

Provável data do transplante atual: _____

Será um doador aparentado: Sim Não

Sexo do doador: Feminino Masculino

Informar leucometria do dia da coleta do quimerismo: _____

Observação

(1) Todos os campos deste formulário são essenciais para a execução do exame. A ausência de informações pode comprometer ou atrasar o resultado.

(2) Enviar a cópia do pedido médico juntamente com o formulário preenchido.