

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 da coleta**

Data de coleta: ____/____/____

Tipo de amostra do RECEPTOR: ☐ Sangue periférico ☐ Swab ☐ Medula ÓsseaTipo 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: ____/____/____

Informações sobre o transplanteFez transplante de medula óssea anterior? ☐ Sim ☐ Não

Data do transplante:

(Se não, preencher informações do pré-transplante)

Fez infusão de linfócitos do doador? ☐ Sim ☐ Não

Data da infusão:

(Se não, preencher informações do pré-transplante)

Nome do doador:

Doador aparentado? ☐ Sim* ☐ Não Sexo do doador: ☐ Feminino ☐ Masculino

*Se sim, informar o grau de parentesco:

Preencher se o quimerismo se tratar de um pré-transplante:

Provável data do transplante:

Doador aparentado? ☐ Sim* ☐ Não Sexo do doador: ☐ Feminino ☐ Masculino

*Se sim, informar o grau de parentesco:

Possui histórico de transfusão sanguínea nos últimos 6 meses que antecedem esta coleta? ☐ Sim ☐ Não**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.**

Autorizo a realização do exame: _____

(Paciente ou responsável legal)