

Nome do receptor: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ anos

Diagnóstico: _____

Instituição transplantadora: _____

Data do transplante: ___/___/___

Código identificador da(s) bolsa(s) infundidas: _____

Avaliação hematológica pós-transplante

| Parâmetro | Data da enxertia | Resultado do exame (/ μ L) |
|---|------------------|--------------------------------|
| Enxertia de leucócitos (> 1.000/ μ L) | ___/___/___ | |
| Enxertia de granulócitos (> 500/ μ L) | ___/___/___ | |
| Enxertia de plaquetas (> 20.000/ μ L) | ___/___/___ | |

Complicações significativas:

- Não apresentou
- Neutropenia febril – foco: _____
- Síndrome obstrutiva sinusoidal hepática
- DECH aguda: Pele (grau ___); Fígado (grau ___); Intestino (grau ___);
- Óbito, em ___/___/___
Causa primária: _____
Causas contribuintes: _____
- _____

Duração da hospitalização

Tempo de internação após o dia da infusão (Dia 0): _____ dias

Observações relevantes: _____

Responsável pelas informações:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Recebido no Cetebio por: _____

Data: ___/___/___