

Obs: Favor preencher os campos pertinentes e dar um traço nos não pertinentes

Nome do doador: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Código REDOME ou matrícula: \_\_\_\_\_

Nome do receptor: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Código REDOME ou matrícula: \_\_\_\_\_

Nome e endereço do Centro transplantador responsável pela coleta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados da coleta:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: início: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ término: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Produto coletado: Medula Óssea

Identificador exclusivo da doação: \_\_\_\_\_

Equipamento/insumo utilizado:

kit coleta de medula óssea marca: \_\_\_\_\_

Volume coletado: \_\_\_\_\_ mL (incluindo anticoagulante usado para coleta)

Anticoagulante utilizado: \_\_\_\_\_

Quantidade de anticoagulante no produto: \_\_\_\_\_

Outros aditivos (tipo e volume): \_\_\_\_\_

A medula óssea foi filtrada?  Sim  Não

Houve intercorrência na coleta com necessidade de alteração do procedimento padrão?  Não  Sim: \_\_\_\_\_

O paciente/doador apresentou efeito adverso?  Não  Sim: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentários adicionais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsável pela coleta: \_\_\_\_\_  
(nome completo legível e registro conselho)

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_  
(nome completo legível, registro conselho e assinatura)