IMUNOLAB
Transplantes

FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE RECEPTOR/DOADOR DE ÓRGÃOS OU TECIDOS

(conforme RDC nº 61 de 2009, art.45 da ANVISA)

RECEPTOR

Nome completo:_____

Data nascimento:_____/___/_____ Sexo:_____ Identidade:_____

CPF:_____ Nº do cartão nacional de saúde: _____

Raça/cor (IBGE): _____ Nome da mãe: _____

Naturalidade: _____ Nome do pai: _____

Endereço:_____

_____ CEP: _____Telefone: ( )_____

Estado Civil: _____ Tipo de transplante :_____

Doença primária: _____ Data diagnóstico: _____/_____/_____

Outras comorbidades: _____

Tem doença autoimune: □ Sim □ Não Qual? _____

Tipo de diálise: □ HD □ CAPD □ Não dialisa Início: _____/_____/_____ Clínica HD: _____

Histórico de sensibilização imunológica:

Transfusão de sangue Qte.: _____ Data da última:_____/___/____

Gestação ou aborto Qte.: _____ Data da última:_____/___/____

Transplante prévio Qte.: _____ Data da último:_____/___/____

Está com o órgão transplantado? □ Sim □ Não

Tipo de doador: □ Falecido □ Vivo Parentesco_____

Tipificação HLA do transplante anterior: _____

Esquema vacinal em andamento/recente? □ Sim □ Não Data do último:_____/___/____

Teve infecção recente? □ Sim □ Não Data do última:_____/___/____

Cirurgia recente? □ Sim □ Não Data do última:_____/___/____

Informações complementares:

Fez ou faz uso de dispositivo de assistência circulatória? □ Sim □ Não Data do último:_____/___/____

Foi submetido a tratamento de imunoterapia (Imunoglobulina intravenosa - Ivlg)? □ Sim □ Não Data do último:_____/___/____

Medicação(ões) em uso: _____

Data da coleta: ___/____/_____ Responsável pela coleta: _____

DOADOR(ES)

Nome completo:_____

Data nascimento:_____/_____/_____ Sexo:_____ Identidade:_____

CPF:_____ Nº do cartão nacional de saúde: _____

Raça/cor (IBGE): _____ Nome da mãe: _____

Naturalidade: _____ Nome do pai: _____

Endereço:_____

_____CEP:_____Telefone: ( )_____

Parentesco com o(a) receptor(a) :_____Parente da mãe ou do pai do(a) receptor(a):_____

Data da coleta: ___/____/_____ Responsável pela coleta: _____

Nome completo:_____

Data nascimento:_____/_____/_____ Sexo:_____ Identidade:_____

CPF:_____ Nº do cartão nacional de saúde: _____

Raça/cor (IBGE): _____ Nome da mãe: _____

Naturalidade: _____ Nome do pai: _____

Endereço:_____

_____CEP:_____Telefone: ( )_____

Parentesco com o(a) receptor(a) :_____Parente da mãe ou do pai do(a) receptor(a):_____

Data da coleta: ___/____/_____ Responsável pela coleta: _____

Nome completo:_____

Data nascimento:_____/_____/_____ Sexo:_____ Identidade:_____

CPF:_____ Nº do cartão nacional de saúde: _____

Raça/cor (IBGE): _____ Nome da mãe: _____

Naturalidade: _____ Nome do pai: _____

Endereço:_____

_____CEP:_____Telefone: ( )_____

Parentesco com o(a) receptor(a) :_____Parente da mãe ou do pai do(a) receptor(a):_____

Data da coleta: ___/____/_____ Responsável pela coleta: _____