

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 da diálise: ____/____/____

Clínica de diálise: Hospital Mater Dei

Histórico de sensibilização imunológica:

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

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

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

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 receptor: _____

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 receptor: _____

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 receptor: _____

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