

## 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 rim 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 último: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirurgia recente?  Sim  Não Data do último: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 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: \_\_\_\_\_