



Sollutio

Soluções Diagnósticas Integradas

Solicitação de Exames para
Análise de Quimerismo Pós Transplante
(FRE_QUIMv1)

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE: _____

Médico solicitante: _____

Nome do receptor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Sexo: Feminino Masculino

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____

Telefones: _____

Nome do doador: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Sexo: Feminino Masculino

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____

Telefones: _____

Diagnóstico Principal: _____

Data do Transplante: ____/____/____ Doador: Aparentado Não aparentado

Parentesco: _____

Fonte de células tronco: Sangue periférico Medula óssea Cordão umbilical _____

Transfusões de Sangue: Sim Não Data da última transfusão: ____/____/____

Infusão de linfócitos do doador: Sim Não Data da última infusão: ____/____/____



Sollutio

Soluções Diagnósticas Integradas

Solicitação de Exames para Análise de
Quimerismo Pós Transplante

AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Amostra pré-transplante ou swab oral do receptor devem ser obrigatoriamente testados no primeiro exame.

Amostra do RECEPTOR:

Tipo de coleta: Sangue periférico Medula óssea Swab oral _____

Data da coleta: ____/____/____

Amostra do DOADOR:

Tipo de coleta: Sangue periférico Swab oral

Data da coleta: ____/____/____

Carimbo, CRM e assinatura médica.

Data: ____/____/____