

FORMULÁRIO DE COLETA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DE QUIMERISMO PÓS TRANSPLANTE POR ANÁLISE DE MARCADORES STRs

ETIQUETA DE ATENDIMENTO

Receptor

Nome do receptor:

Nascimento:

CPF:

Sexo: Feminino

Masculino

Endereço:

Nº:

Compl:

Bairro: CEP:

Cidade:

Estado:

Email:

Fone Residencial:

Celular Paciente:

()

()

Doador

Nome do doador:

Nascimento:

CPF:

Sexo: Feminino

Masculino

Endereço:

Nº:

Compl:

Bairro: CEP:

Cidade:

Estado:

Email:

Fone Residencial:

Celular Paciente:

()

()

Informações

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:

___/___/___

Amostras biológicas

Amostra do
RECEPTOR:

Tipo de
coleta:

Sangue periférico

Medula óssea

Swab oral

Data da última transfusão: ____/____/____

Amostra do
DOADOR:

Tipo de
coleta:

Sangue periférico

Medula óssea

Swab oral

Data da última transfusão: ____/____/____

____, ____ de ____
Data

Assinatura da Paciente ou Representante CPF