

Identificação do paciente

Nome completo: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ Prontuário: _____

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Diagnóstico: _____

Dados do transplante

Fonte: CPH-SP CPH-MO CPH-SCUP

Modalidade: autólogo alogênico: aparentado não aparentado

Condicionamento: Mieloablativo Não mieloablativo

Mel 200 BEAM BEAC BuCy BuMel BuFlu

FluBu _____

Identificação da unidade

Código de identificação das unidades: _____

Número de bolsas: _____

Dados do descongelamento (se pertinente):

Método: Banho maria a 37° C

Intercorrências:

não

sim: _____

Procedimento complementar:

não

sim: diluição lavagem outros: _____

Dados da infusão:

Data: ____/____/____

Hora início: _____:_____ e término: _____:_____

Dose células CD34+ infundidas (x 10⁶ células/kg de peso): _____

Foi coletada amostra para teste microbiológico? não sim

Sinais vitais:

	Pré			Pós
Frequência cardíaca				
Pressão arterial				
Temperatura				
Frequência respiratória				
Saturação O ₂				

Reações adversas: Infusão sem intercorrências dignas de nota;

- Rubor facial; Náusea Vômito Diarreia Encefalopatia.
 Cólica abdominal Cefaleia; Dispneia Hemoglobinúria Arritmia cardíaca
 Tremores Calafrios Febre Hipotensão ou Hipertensão arterial

Observações: _____

Centro transplantador: _____

Responsável pelo preenchimento:

Nome completo: _____

Registro no conselho de classe: _____ Assinatura: _____

Médico responsável pelo procedimento:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Recebido no Cetebio por: _____

Data: ___/___/___