

Nome do paciente: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____

Sexo: Masculino Feminino Peso: _____ Kg

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

Diagnóstico: _____

Instituição transplantadora: _____

Data do transplante: ____/____/____

Código identificador da(s) bolsa(s) infundidas: _____

Avaliação hematológica pós-transplante

Parâmetro	Data da enxertia	Resultado do exame (/μL)
Enxertia de leucócitos (> 1.000/μL)	____/____/____	
Enxertia de granulócitos (> 500/μL)	____/____/____	
Enxertia de plaquetas (> 20.000/μL)	____/____/____	

Complicações significativas:

- Não apresentou
- Neutropenia febril – foco: _____
- Óbito, em ____/____/____
Causa primária: _____
Causas contribuintes: _____
- _____

Duração da hospitalização

Tempo de internação após o dia da infusão (Dia 0): _____ dias

Observações relevantes: _____

Responsável pelas informações:

Nome completo: _____

Número do CRM: _____ Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Recebido no Cetebio por: _____

Data: ____/____/____