



**FORMULÁRIO PARA COLETA DE
QUIMERISMO PÓS TRANSPLANTE**

Código:	FORM-QUIM-006
Data da elaboração:	22/02/2022
Data da última revisão:	30/11/2022
Nº Revisão:	001
Página:	1/1

QUIMERISMO PÓS TRANSPLANTE POR PCR SRT

Instituição/Clínica: _____

Tipo de exame: () Inicial [ON-QMI] ou () Acompanhamento [ON-QMA]

PACIENTE RECEPTOR

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: () F () M

Data do transplante: _____

Primeiro envio: () Não () Sim

Data da coleta PÓS-TMO: _____ Material: _____

Envio do cabelo (Obs.: **O cabelo é essencial no primeiro envio**): () Não () Sim

Data da coleta do cabelo: _____

DOADOR

Doador disponível para análise: () Não () Sim

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: () F () M

Data da coleta: _____

Obs.: Enviar a amostra de cabelo e/ou do doador somente no primeiro exame.

Em caso de envio de material SOMENTE PARA ARMAZENAMENTO, preencher abaixo:

Tipo de amostra: () Cabelo () Sangue periférico () Medula óssea

Identificação: () Doador () Receptor PRÉ-TMO

Nome do receptor: _____

Obs: _____

Elaborado por:	Aprovado por:	Responsável pela última revisão:
Karen Lana	Juliana Assumpção	Karen Lana