



**FORMULÁRIO PARA COLETA DE
QUIMERISMO PÓS TRANSPLANTE**

Código:	FORM-QUI-006
Data da elaboração:	22/02/2022
Data da última revisão:	03/02/2025
Nº Revisão:	002
Página:	1/1

QUIMERISMO PÓS TRANSPLANTE POR PCR STR

- Tipo de exame:** () Inicial [ON-QMI] ou
() Acompanhamento [ON-QMA] ou
() Amostra Doador para Armazenar [ON-QPT]

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: _____

Instituição/Clínica: _____

Médico Responsável: _____

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