



Ministério da Saúde
Central Nacional de
Transplantes
CGSNT/DAET/SAES/MS

Estratégia Nacional de Alocação
de Leitos
TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA
E OUTROS PRECURSORES
HEMATOPOÉTICOS



FORMULÁRIO I - SUBMISSÃO DE CASOS

PROCESSO DE ALOCAÇÃO Nº: _____/20____ (a ser preenchido pela CNT/MS)

Data da solicitação: ____/____/____

Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento: _____

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Sexo: () feminino () masculino

Nome da mãe: _____ Telefone: () _____

Data de nascimento: ____/____/____ RG: _____

Nome do hospital de origem: _____
() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado

Município de residência: _____ UF de residência: _____

2. DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico ou hipótese: _____ CID-10: _____

Data do diagnóstico: ____/____/____ Peso atual: _____

Estágio da doença: _____

Tratamentos anteriores realizados: _____

_____ TCTH alogênico prévio: () não () sim

Tratamento atual: _____

Condições clínicas atuais: _____

Laudos e resultados de exames recentes () com anexos () sem anexos

3. TRATAMENTO INDICADO/PLEITEADO:

() TCTH alogênico não-aparentado	() TCTH alogênico	HLA realizado
Status da busca: () sem potencial doador	haploidêmico	() não
() com potencial doador	() TCTH aparentado	() sim
() aguardando transplante*	() TCTH autólogo	
() afastado		

4. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Solicitação de TFD junto à SES: () ignorado () não () sim

Acompanhante: () não () sim Quem: _____

Preferência por UF por apoio familiar/facilidade/outro:

() não () sim Qual/quais: _____

5. Justificativa de não realização na UF de origem: _____

6. CONTATOS DA EQUIPE MÉDICA NO HOSPITAL DE ORIGEM:

Nome: _____ Telefone: () _____ / _____

E-mail: _____ / _____

* já com doador identificado

ATENÇÃO: não suprimir campos