

## Formulário de Encaminhamento para Avaliação Pré-Transplante de Medula Óssea.

Estabelecimento solicitante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data nasc.: \_\_\_\_\_ RG (anexar cópia): \_\_\_\_\_

Cartão SUS (anexar cópia): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço (anexar cópia): \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

Outras fontes de contato: \_\_\_\_\_

**Conforme Portaria MS Nº 2600/09, Anexo VII, são indicações para o transplante de Células-tronco Hematopoéticas, entre outras:**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| a) leucemia mielóide; ou, linfóide;           | e) tumor de célula germinativa; |
| b) mieloma; ou, mielofibrose;                 | f) neuroblastoma;               |
| c) linfoma não Hodgkin; ou doença de Hodgking | g) anemia aplástica grave;      |
| d) imunodeficiência celular primária;         | h) síndrome mielodisplásica;    |
| i) talassemia major;                          | j) osteopetrose.                |

**Síntese do médico que justifique essa solicitação:**

**Carimbo e assinatura do hematologista ou oncologista**

**Atenção: Obrigatório anexar toda documentação e resultados de exames recentes (tempo < 2 meses) no formato PDF.**

**Encaminhar essa solicitação devidamente preenchida e os anexos via GERCON ou E-MAIL para o endereço eletrônico: [regulatransplantes.saude@goias.gov.br](mailto:regulatransplantes.saude@goias.gov.br)**

**Em caso de dúvidas entrar em contato com a CET/GO pelo telefone: (62) 3201-1708 ou (62) 3201-2200 (horário comercial) ou pelo e-mail supracitado em qualquer momento.**

**Central Estadual de Transplantes de Goiás - CET/GO.**

Rua 94, Qd.: F-13, Lt.: 24, Nº 188 - St. Sul, Goiânia - GO, 74083-105, Telefone: (62) 3201-2200