

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 Hodgkin	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**

**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.**