

	<b>Relatório de Coleta de Medula Óssea</b>	CCD: _____
--	--	------------

**Obs: Favor preencher os campos pertinentes e dar um traço nos não pertinentes**

**Nome do doador:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Código REDOME ou matrícula:** \_\_\_\_\_

**Nome do receptor:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Código REDOME ou matrícula:** \_\_\_\_\_

**Nome e endereço do Centro transplantador responsável pela coleta:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dados da coleta:**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Hora:** início: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ término: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Produto coletado:** Medula Óssea

**Identificador exclusivo da doação:** \_\_\_\_\_

**Equipamento/insumo utilizado:**

kit coleta de medula óssea marca: \_\_\_\_\_

**Volume coletado:** \_\_\_\_\_ mL (incluindo anticoagulante usado para coleta)

**Anticoagulante utilizado:** \_\_\_\_\_

**Quantidade de anticoagulante no produto:** \_\_\_\_\_

**Outros aditivos (tipo e volume):** \_\_\_\_\_

**A medula óssea foi filtrada?**  Sim  Não

**Houve intercorrência na coleta com necessidade de alteração do procedimento**

**padrão?**  Não  Sim: \_\_\_\_\_

**O paciente/doador apresentou efeito adverso?**  Não  Sim: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comentários adicionais:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsável pela coleta:** \_\_\_\_\_

(nome completo legível e registro conselho)

**Responsável pelo preenchimento:** \_\_\_\_\_

(nome completo legível, registro conselho e assinatura)

