



**Acompanhamento Pós-Transplante Autólogo  
de Células-Progenitoras Hematopoéticas**

CCD: \_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino      Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Idade: \_\_\_\_ anos

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data do transplante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição transplantadora: \_\_\_\_\_

**Avaliação hematológica pós-transplante**

Parâmetro	Data da enxertia	Resultado do exame (/µL)
Enxertia de leucócitos (> 1.000/µL)	____/____/____	
Enxertia de granulócitos (> 500/µL)	____/____/____	
Enxertia de plaquetas (> 20.000/µL)	____/____/____	

**Complicações significativas:**

- Não apresentou
- Neutropenia febril – foco: \_\_\_\_\_
- Óbito, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Causa primária: \_\_\_\_\_  
Causas contribuintes: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Duração da hospitalização**

Tempo de internação após o dia da infusão (Dia 0): \_\_\_\_\_ dias

Observações relevantes: \_\_\_\_\_

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

Responsável pelas informações:

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

Número do CRM: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Recebido no Cetebio por: \_\_\_\_\_

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

