FUNDAÇÃO HEMOMINAS	**Acompanhamento Pós-Transplante Autólogo de Células-Progenitoras Hematopoéticas**	SUS CCD: 333

Nome do paciente: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Peso: _____Kg

Diagnóstico: _____

Instituição transplantadora: _____

Data do transplante:___/___/____

Código identificador da(s) bolsa(s) infundidas: _____

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:___/___/___

Rua Goiabeiras, nº 779 - Distrito Industrial Genesco Aparecido de Oliveira - Lagoa Santa, MG

FMNP-T.CETEBIO.GTCE-70 VERSÃO 02 – ABRIL/2024