



## QUESTIONÁRIO QUIMERISMO APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (QUIMER)

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

Nome do médico: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Tipos de amostras que estão sendo enviadas:

Receptor:  Sangue periférico  Medula óssea

Swab bucal  Urina

Doador:  Sangue periférico  Medula óssea

Qual doença em tratamento: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### TRATAMENTOS

• Medicações em uso: \_\_\_\_\_

• Data da última quimioterapia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• Fez transplante de medula óssea anterior:  Sim  Não

Sexo do doador:  Fem  Masc

• Fez infusão de linfócitos do doador:  Sim  Não

Se sim, quando? \_\_\_\_\_

### PROGRAMAÇÃO DO TRANSPLANTE ATUAL

• Data provável do transplante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

• Será aparentado:  Sim  Não

• Leucometria ( no dia da coleta do quimerismo):

• Sexo do doador:  Fem  Masc