|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROCESSO DE ALOCAÇÃO Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2020 (a ser preenchido pela CNT/MS)** | | | |
| **Data da solicitação: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**  **Nome e assinatura do responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **1. DADOS DO PACIENTE** | | | |
| Nome: | | Sexo: ( ) feminino ( ) masculino | |
| Nome da mãe: | | Telefone: ( ) | |
| Data de nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | RG: | |
| Nome do hospital de origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Público ( ) contratado/conveniado ao SUS ( ) Privado | | | |
| Município de residência: | | UF de residência: | |
| **2. DADOS CLÍNICOS** | | | |
| Diagnóstico ou hipótese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | CID-10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Peso atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Estágio da doença: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tratamentos anteriores realizados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TCTH alogênico prévio: ( ) não ( ) sim  Tratamento atual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Condições clínicas atuais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Laudos e resultados de exames recentes ( ) com anexos ( ) sem anexos | | | |
| **3. TRATAMENTO INDICADO/PLEITEADO:** | | | |
| ( ) TCTH alogênico não-aparentado  Status da busca: ( ) sem potencial doador  ( ) com potencial doador  ( ) aguardando transplante\*  ( ) afastado | ( ) TCTH alogênico haploidêntico  ( ) TCTH aparentado  ( ) TCTH autólogo | | HLA realizado  ( ) não  ( ) sim |
| **4. TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)** | | | |
| Solicitação de TFD junto à SES: ( ) ignorado ( ) não ( ) sim  Acompanhante: ( ) não ( ) sim Quem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Preferência por UF por apoio familiar/facilidade/outro:  ( ) não ( ) sim Qual/quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **5. Justificativa de não realização na UF de origem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **6. CONTATOS DA EQUIPE MÉDICA NO HOSPITAL DE ORIGEM:** | | | |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

\* já com doador identificado ATENÇÃO: não suprimir campos