|  |
| --- |
| **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