

TRANSPLANTE RENAL

Inscrição () Alteração () Reinscrição () Preemptivo () *anexar impresso

A. Identificação:

Nome: _____

CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Nascimento: ____/____/____ Sexo: Fem. () Masc. () Cor: _____

CNS: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

UF: ____ Telefone 1: () _____ - _____ Telefone 2: () _____ - _____

Telefone 3: () _____ - _____ Fax: () _____ - _____

E-mail: _____

B. Rim (Dados receptor)

Unidade de diálise: _____

Início da diálise: ____/____/____ Peso: _____ Kg Altura: _____ cm

Número de transfusões: _____ Data da última: ____/____/____ Pannel: _____

Data do Pannel: ____/____/____

Tipo sanguíneo: A () B () O () AB ()

HLA: A: ____/____ B: ____/____ DR: ____/____

Tipo de doador: DVR () DVNR () Cadáver ()

Diagnóstico: _____

Sorologias positivas para: HBSaG () Anti HBC () Anti-HCV () Anti HBS () Chagas ()

C. Ficha Complementar (Dados doador)

Idade máxima: 70 anos

Idade mínimo: 12 anos

Creatinina máxima: 8 mg/dL

Usuário de drogas injetáveis: (x) Sim () Não

Usuário de drogas inalatórias (cocaína/crack).....: (x) Sim () Não

Sorologia positiva para:

() Chagas () Anti Hbc () HBSaG () Anti HCV () VDRL () Toxoplasmose IgM

() Citomegalovírus IgM

Médico: _____

CRM: _____