

Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Subsecretaria de Assistência à Saúde (SUASA)

Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC)

Gerência de Regulação do Acesso Ambulatorial (GERAM)

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Unidade solicitante			
Centro transplantador de preferência			
Nome completo			
Nome social			
Nome da mãe		Peso atual	
Telefone 01	()	Data de nascimento	___/___/___
Telefone 02	()	Sexo	() F () M
E-mail			
Município			
Endereço			
Tipo de Transplante de medula óssea		() Autólogo () Alogênico aparentado () Alogênico não aparentado	
Paciente possui exame de HLA		() Sim () Não	

1- AUTÓLOGOS		
Leucemia mielóide aguda	() Sim	() Não
Linfoma não Hodgkin	() Sim	() Não
Doença de Hodgkin	() Sim	() Não
Mieloma múltiplo	() Sim	() Não
Tumor de célula germinativa	() Sim	() Não
Neuroblastoma em estágio IV e/ou alto risco	() Sim	() Não
2 - ALOGÊNICOS		
Leucemia mielóide aguda	() Sim	() Não
Leucemia linfóide aguda/ linfoma linfoblástico	() Sim	() Não
Leucemia mielóide crônica	() Sim	() Não
Anemia aplásica grave adquirida ou constitucional	() Sim	() Não
Síndrome mielodisplásica de risco intermediário ou alto, incluindo-se a leucemia mielomonocítica crônica nas formas adulto e juvenil – LMC juvenil	() Sim	() Não
Imunodeficiência celular primária	() Sim	() Não
Talassemia major, em caso de pacientes com menos de 15 anos de idade, com hepatomegalia até 2 (dois) centímetros do rebordo costal, sem fibrose hepática e tratados adequadamente com quelante de ferro	() Sim	() Não
Mielofibrose primária em fase evolutiva	() Sim	() Não
Hemoglobinúria paroxística noturna	() Sim	() Não
Mucopolissacaridose tipo IV e VI	() Sim	() Não
Doença falciforme	() Sim	() Não
Adrenoleucodistrofia (ADL-X) pacientes com até 19 anos de idade que apresentem sintomas neurológicos leves – escore de déficit neurológico de 0 a 1 ou escore de gravidade na Ressonância Magnética – RM (escore de Loes) menor que 9	() Sim	() Não
3 – RESPOSTA/ EVOLUÇÃO		
Terapia de salvamento	() 1ª	() 2ª () 3ª
Situação atual	() Atividade () Remissão	

Assinatura _____

CRM _____

Data ____/____/____

Carimbo

Secretaria Municipal de Saúde/GERAM/DMAC

Av. Afonso Pena, 2336 - Funcionários, Belo Horizonte - MG, 30130-012

Telefone: (31) 3263-7152

E-mail: transplantesus@pbh.gov.br