

## COMUNICAÇÃO À ACSS DOS TRANSPLANTES EFETUADOS NOS HOSPITAIS

### 1. TRANSPLANTE

1.1. Transplante de \_\_\_\_\_

1.1.1. Origem das células (apenas para transplante progenitores hematopoiéticos):

Autóloga     Alogénica relacionada     Alogénica não relacionada

1.2. Hospital \_\_\_\_\_

1.3. Data do transplante \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.4. Código da colheita: \_\_\_\_\_

1.5. Código do transplante (apenas para progenitores hematopoiéticos) \_\_\_\_\_

1.6. Responsável da equipa médica \_\_\_\_\_

### 2. EXAME DE HISTOCOMPATIBILIDADE REALIZADO POR (se aplicável)

Centro de Sangue e da Transplantação  
Área Funcional da Transplantação de:

Porto

Coimbra

Lisboa

### 3. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE TRANSPLANTADO

3.1. Nome \_\_\_\_\_

3.2. Idade \_\_\_\_\_

3.3. Morada (domicílio) \_\_\_\_\_

### 4. ENTIDADE RESPONSÁVEL PELOS ENCARGOS DECORRENTES DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO DOENTE (Identificar o n.º do SNS, mesmo nos casos de doentes de subsistema)

4.1. Serviço Nacional de Saúde

4.1.1. Beneficiário n.º \_\_\_\_\_

4.2. Subsistema de saúde \_\_\_\_\_

4.2.1. Identificação do Subsistema \_\_\_\_\_

4.2.2. Beneficiário n.º \_\_\_\_\_

4.3. Outras situações \_\_\_\_\_

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL DA EQUIPA DE TRANSPLANTE  
(Nº DA ORDEM)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INSTITUTO PORTUGUÊS DO SANGUE E DA TRANSPLANTAÇÃO, IP**

**Autorizo,**

(NOTA: Remeter ao IPST, IP um exemplar por cada dador)