

**SERVIÇO DE AFÉRESE – DIVISÃO DE HEMOTERAPIA**

FORM.AFET 01

REV: 00

FI 1 de 01

Data: ____ / ____ / ____

COLETA DE CÉLULAS PROGENITORA HEMATOPOÉTIICAS DE SANGUE PERIFÉRICO - CPH - SP Autólogo | Alogênico aparentado | Alogênico - Nacional | Internacional | Coleta de linfócitos**IDENTIFICAÇÃO DA COLETA**

Nome:

PF: _____ Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: Fem Masc ABO/RH: _____ Cor: _____

Peso: _____ Altura: _____

CNS: _____ CPF: _____

Nome da Mãe:

Profissão: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cep: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Hospital: _____ Clínica: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____ Convênio: _____

Diagnóstico:

Acesso: Periférico Fistula Cateter duplo lúmen: _____Uso de IECA: SIM NÃO**ESQUEMA DE MOBILIZAÇÃO:** GCSF GCSF + QTX _____ GCSF + PLERIXAFOR