



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTES DE SANTA CATARINA.

NOTIFICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE RIM INTERVIVOS

Dados sobre o Receptor

Nome _____ RGCT _____

Data de nasc: ____/____/____ Idade ____ anos Sexo ____ ABO/RH ____

Diagnóstico _____ PRA _____

HLA: A ____/B ____/DR ____ DQ ____ CROSSMATCH _____

Dados sobre o Doador VIVO

Nome _____ RGCT _____

Data de Nasc: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo ____ ABO/RH ____

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

Dados sobre o Transplante

Centro de transplante/Hospital _____ Município _____

Data de Transplante ____/____/____ Horário _____ h

1º Transplante () Sim () Não

Retransplante () Sim () Não { () 2º () 3º () + de 4 }

Fonte pagadora () SUS () Convênio () Particular

() Doador Vivo Relacionado - DVR Grau de parentesco _____

() Doador Vivo Não Relacionado - DVNR Relação com receptor _____

Data ____/____/____

Nome do médico responsável _____ CRM _____

Assinatura e carimbo _____

Obs: Enviar a CET até 10 dias após o transplante.

SC Transplantes – Anexo I, 4º andar
Rua: Esteves Júnior, nº 390, centro – CEP 88015-130- (48) 3664-7298
Disque Doação 0800 643 7474