

**A. Identificação:**

Receptor: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**B. Coração:**

Grupo ABO : A ( ) B ( ) AB ( ) O ( ) Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

Painel: \_\_\_\_\_ Data do Painel: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sorologias positivas para: Chagas ( ) Anti Hbs ( ) Anti Hbc ( ) Anti HbsAg

( ) Anti HCV ( ) Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Transplante duplo: Sim ( ) Não ( )

**C. Ficha complementar:**

Idade máxima .....: Com ECO ou CATE \_\_\_\_\_ anos ( $\geq 40$ )

Idade máxima.....: Sem ECO ou CATE \_\_\_\_\_ anos ( $\geq 40$ )

Peso .....: Mínimo \_\_\_\_\_ Kg Máximo \_\_\_\_\_ kg

Altura .....: Mínimo \_\_\_\_\_ Kg Máximo \_\_\_\_\_ kg

Órgão com alterações morfológicas .....: Sim ( ) Não ( )

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

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

Tempo de isquemia fria até .....: \_\_\_\_\_ horas

**Sorologias positivos para:**

Chagas ( ) Hepatite B (Anti-HBC) ( )

Hepatite B (HBSaG) ( ) VDRL Sífilis ( )

CMV IGM ( ) Hepatite C (Anti-HCV) ( ) Toxoplasmose IGM ( )

**Médico:** \_\_\_\_\_

**CRM:** \_\_\_\_\_