

**CERERE DE EVALUARE A INDICAȚIEI DE TRANSPLANT  
DE CELULE STEM HEMATOPOIETICE DE LA DONATOR NEÎNRUDIT**

**Către: Comisia de allotransplant de celule stem hematopoietice de la donator neînrudit**  
(se va completa în două exemplare, unul care rămâne la Comisia de allotransplant de celule stem hematopoietice de la donator neînrudit și unul care va fi trimis Centrului de Transplant desemnat, în cazul avizului favorabil)

Nume:	Prenume:
CNP:	CI/Certificat de naștere:
Adresă:	Tel:
	E-mail:
<b>Reprezentant legal/Persoana de contact</b> (se va completa în cazul pacienților minori):	
Nume:	Prenume:
CNP:	CI:
Adresă:	Grad de rudenie:
	Tel:
	E-mail:

Grupa sanguină/Rh:	CMV-IgG:	Greutate (kg)
Diagnostic extins:		Cod diagnostic (ICM)
<i>(se precizează după caz forma celulară, forma imunologică):</i>		
Stadiul la diagnostic:	Grupa de risc:	Karnofsky:
Data diagnosticului:		
Stadiul actual:		
Diagnostice secundare:		Cod diagnostic (ICM)
1.....		
2.....		
3.....		
Centrul de Transplant din România*		
1.....		
2.....		
3.....		

\* Medicul curant completează Centrele de transplant de celule stem hematopoietice în ordinea preferințelor pacientului





