



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DEFICIÊNCIA RELATIVA A MHC

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	CID-10: ☐ D81.6 Deficiência maior classe I do complexo de histocompatibilidade ☐ D81.7 Deficiência maior classe II do complexo de histocompatibilidade
3	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	TEMPO DE TRATAMENTO: ☐ 8 SEMANAS ☐ 12 SEMANAS ☐ 16 SEMANAS ☐ 24 SEMANAS
5	O(A) PACIENTE JÁ FEZ TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA? ☐ Sim ☐ Não Se sim, descreva: _____ _____
6	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA PARA INFECÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Se sim, descreva: _____ _____
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico