

Exame solicitado: **Tipificação HLA para transplante e estudo de associação HLA e doenças**

Finalidade do exame

Data de coleta: _____

<p>Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> transplante de rim <input type="checkbox"/> transplante de medula óssea</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p>Estudo de associação HLA e doenças</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa B27 <input type="checkbox"/> pesquisa B51 <input type="checkbox"/> pesquisa DQ2-DQ8</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
Médico Solicitante	

Dados do receptor (apenas para finalidade de TRANSPLANTE preencher as informações abaixo)

Nome Completo		Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome do(a) Responsável (se necessário)		Grau de Parentesco (entre Responsável e Receptor)
Suspeita Clínica / Etiologia da doença		
<input type="checkbox"/> 1º transplante	Retransplante nº: _____	<input type="checkbox"/> Data do transplante prévio: _____
<input type="checkbox"/> Recebeu transfusão sanguínea recentemente	<input type="checkbox"/> Data da última transfusão: _____	

Dados do doador (apenas para finalidade de TRANSPLANTE preencher as informações abaixo)

Nome Completo	
Grau de parentesco com o receptor	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento para Tipificação HLA juntamente com o paciente e/ou responsável.

x _____
Paciente, responsável ou médico solicitante (com carimbo contendo CRM)

Data: _____

Atenção! Caso receptor e/ou doador já possua tipificação HLA realizada em outro serviço, **favor anexar os resultados** e enviar junto com o pedido médico.