

Exame solicitado: **Genotipagem KIR**

Data de coleta: \_\_\_\_\_

**Finalidade do exame**

Transplante de medula óssea     Outra: \_\_\_\_\_

**Dados do receptor/paciente**

Nome Completo		
Suspeita Clínica / Etiologia da doença		
<input type="checkbox"/> 1º transplante	Retransplante nº: _____	Data do transplante prévio: _____
<input type="checkbox"/> Recebeu transfusão sanguínea recentemente		Data da última transfusão: _____
<input type="checkbox"/> Gestações	Nº de gestações: _____	Data da última gestação: _____
<input type="checkbox"/> Abortos	Nº de abortos: _____	Data do último aborto: _____

**Dados do doador**

Nome Completo
Grau de parentesco com o receptor

**Dados do doador 2 (se houver)**

Nome Completo
Grau de parentesco com o receptor

**Dados do doador 3 (se houver)**

Nome Completo
Grau de parentesco com o receptor

Médico solicitante:

\_\_\_\_\_

**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.