

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

Finalidade do exame

Data de coleta: _____

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

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

| | |
|--|-----------------------------------|
| Nome Completo | |
| Suspeita Clínica / Etiologia da doença | |
| <input type="checkbox"/> 1º transplante | Retransplante nº: _____ |
| <input type="checkbox"/> Recebeu transfusão sanguínea recentemente | Data do transplante prévio: _____ |
| | Data da última transfusão: _____ |

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

| |
|-----------------------------------|
| 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.