

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE: _____

Médico solicitante: _____

Exames:

HLA I (A,B,C) alta resolução

HLA II (DRB1, DQB1) média resolução

HLA I (A,B,C) média resolução

Anti-HLA

HLA II (DRB1, DQB1, DPB1) alta resolução

Carimbo médico e assinatura

INFORMAÇÕES SOBRE RECEPTOR

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____

Sexo: Feminino Masculino

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** ____

Doença (CID): _____

Nº de Transfusões de Sangue: _____ **Data da última transfusão:** ____/____/____

Nº de Gestações (inclusive abortos): _____ **Ano da última gestação:** ____/____/____

Transplante Anterior: Não Sim

Tipo de Transplante anterior: Autólogo Alogênico

Data do Transplante anterior: ____/____/____

Doador do Transplante Anterior: Aparentado Parentesco: _____ Não aparentado

Tipificação HLA do transplante anterior: _____

Sabe se tem doença auto-imune: Não Sim Qual? _____

Data da coleta da amostra biológica: ____/____/____ **Hora da coleta:** _____

INFORMAÇÕES SOBRE O(S) DOADOR(ES):

Doador (D1)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor	
Endereço	
Raça	

Doador (D2)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor	
Endereço	
Raça	

Doador (D3)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor	
Endereço	
Raça	

Doador (D4)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor	
Endereço	
Raça	

Responsável pelo preenchimento: _____

Telefone de contato: _____

Endereço eletrônico para envio de resultado: _____

