

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HLA (PRA)

Nome: _____

Nº da ficha: _____ Nome do médico: _____

1) Qual é a finalidade do exame?

- Transplantes Avaliação pré-transplante Monitoração pós-transplante Suspeita de rejeição
 Outra Descrever _____

2) Se for para transplante, qual é o tipo (renal, cardíaco, células-tronco hematopoéticas, etc.)?

Qual o tipo de doador (vivo, falecido, aparentado, não aparentado, etc.)?

Em caso de pós-transplante, qual foi a data do procedimento? ____/____/____.

3) Já realizou tipificação HLA anteriormente? Não Sim

4) Preencha o histórico das situações abaixo:

a) Gestação: Não Sim Se sim, qual foi o número? ____ Data da última gestação: ____/____/____

b) Transfusões: Não Sim Se sim, qual foi o número? ____ Data da última transfusão: ____/____/____

c) Transplantes prévios: Não Sim Se sim, qual foi o número? ____ Dt do último transplante: ____/____/____

5) Medicamentos em uso:

a) Uso de imunoglobulina intravenosa (IVIG): Não Sim - Por qual período? _____

b) Uso de globulina antitumoral (ATG): Não Sim - Por qual período? _____

Outras medicações: _____
