

Tipificação HLA para Transplante e Estudo de Associação HLA e Doenças

FINALIDADE DO EXAME:

DATA DA COLETA: ____/____/____

Transplante

- Transplante de rim
 Transplante de medula óssea
 Outro: _____

Estudo de Associação HLA e Doenças

- Pesquisa B27
 Pesquisa B51
 Pesquisa DQ2-DQ8
 Outro: _____

Apenas para finalidade de **TRANSPLANTE** preencher as informações abaixo:

Dados do receptor:

Nome: _____

Suspeita Clínica / Etiologia da doença: _____

1º Transplante Retransplante no: ____ Data do transplante prévio: ____/____/____

Recebeu transfusão sanguínea recentemente?

Não Sim - Data da última transfusão: ____/____/____

Dados do doador:

Nome: _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Médico solicitante: _____

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