

# 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.