Laboratório Buainain
/labbuainain | labbuainain.com.br

MATRIZ: R. Carlos Gomes, 1560 - Centro, Araraquara - SP, 14801-340
Fone: (16) 3301-5599 - **WhatsApp:** (16) 99210-8304 Visam 350320802-864-000005-1-5 - CNES - 3122034 -
CNPJ: 50.732.544/0001-16

ALAMEDA: Alameda Paulista, 1762 - Vila Xavier, Araraquara - SP, 14810-282
Fone: (16) 3339-1230 - **WhatsApp:** (16) 99636-3185
Visam 350320802-864-000291-1-4 - CNES - 6283640 - CNPJ: 50.732.544/0002-05

FONTE: Av. Bento de Abreu,802 - Jardim Primavera, Araraquara-SP,14802-386
Fone: (16) 3010-8333 - **WhatsApp:** (16) 99210-8310
Visam 350320802-864-000294-1-6 - CNES - 7834799 - CNPJ:50.732.544/0003-88

QUESTIONÁRIO PARA EXAME HLA, CROSSMATCH E PRA CLASSE I E II

Caro cliente, este questionário é muito importante para a interpretação de seu exame. Por favor, preencher adequadamente e, em caso de dúvida, solicite ajuda.

01. ***FINALIDADE DO SEU EXAME***.

☐ Transplante de medula óssea ☐ Teste de fertilidade ☐ Transplante de rim

☐ Outro (detalhe a solicitação escrita no seu pedido médico): _____

2: Caro cliente você será identificado como ***RECEPTOR (A)***. Por favor nos informe:

Seu nome: _____

O nome ou a suspeita clínica/Etiologia da sua doença: _____

Você já recebeu transfusão sanguínea: ☐ Sim ☐ Não Informe o Nº___ e a data da última: __/__/__

Você já teve quantas gestações e ou abortos? _____ Última gestação: ___/___/_____

Suas Medicações em uso: _____

Você está aguardando um transplante de rim? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, informe abaixo o número de transplante, se já tem tipificação HLA ou se você está na fila de espera de rim de doador falecido junto a Central de transplantes de seu estado.

Transplante: ☐ 1o. Transplante ☐ Retransplante Nº_____

Tipificação HLA: ☐ Sim ☐ Não (HLA –A:_____, –B:_____, –DR:_____, –DQ:_____)

Inscrito na Central de Transplante de seu Estado: ☐ Sim ☐ Não (RGCT Nº:_____)

Você está tentando engravidar? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, é importante saber se você apresenta aborto de repetição, se já fez imunizações (vacina com os linfócitos do companheiro) bem como a data desta última imunização:

Imunização prévia: ☐ Sim ☐ Não

Se SIM, Nº. imunizações_____. Data da última: _____/_____/_____

03. Agora, nos informe sobre seu potencial ***DOADOR (A)***. Informe o (s) nome(s), o parentesco (irmão, pai, mãe, tio, primo, esposo, etc) bem como se ele também vai coletar sangue hoje (coloque "X" no campo "sim" ou "não" da coleta):

Nome: _____ parentesco:_____coleta: ☐Sim ☐Não

Nome: _____ parentesco:_____coleta: ☐Sim ☐Não

Nome: _____ parentesco:_____coleta: ☐Sim ☐Não

Nome: _____ parentesco:_____coleta: ☐Sim ☐Não

Data do Transplante: ___/___/____.

Assinatura:_____ ***Data***: ___/___/____.

Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
PNCQ® Programa Nacional de Controle de Qualidade