



SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES - ÓRGÃOS SÓLIDOS

Preenchimento obrigatório

RECEPTOR	Nome: _____ D.N.: ____/____/____
	Sexo: [] M [] F CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____ Fone: () _____
	Nome da mãe: _____ CEP: _____
	Motivo/Patologia: _____ CID: _____
	Indicação de transplante: [] Tx. cardíaco [] Tx. renal [] Outros: _____ RGCT: _____
	Hospital/Clínica: _____ Contato: () _____
	E-mail clínica/médico transplantador: _____
	Medicamentos em uso (imunossupressores, corticoides e outros): _____
	Transfusão sanguínea anterior? [] Sim [] Não Nº de bolsas transfundidas: _____ Data da última transfusão: ____/____/____
	Transplante anterior? [] Sim [] Não Órgão transplantado: _____ Data do transplante: ____/____/____
Para pacientes do sexo feminino:	
Quantidade de gestações, partos ou abortos prévios: _____ Data da última gestação: ____/____/____	
Assinatura do (a) paciente ou responsável (se menor de 18 anos)*:	
*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do(s) resultado(s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.	
O (A) receptor (a) / doador (a) deve comparecer no dia da coleta, portando documento de identificação oficial, cartão do SUS e comprovante de residência atualizado, para realização de cadastro.	

SOLICITO (marque um "X" no (s) exame (s) solicitado (s).)

QTD.	CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO
	05.01.05.005-1	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE ÓRGÃOS: TIPIFICAÇÃO HLA-A, B, DR e DQ EM MÉDIA RESOLUÇÃO.
	05.01.04.009-9	IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR VIVO DE RIM: TIPIFICAÇÃO DE HLA-A, B, DR e DQ DE MÉDIA RESOLUÇÃO.
	05.01.05.003-5	AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL (PRA) CLASSE I E CLASSE II - RECEPTORES NÃO SENSIBILIZADOS – CARACTERIZAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HLA.
	05.01.05.001-9	AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL (PRA) CLASSE I E CLASSE II - RECEPTORES HIPERSENSIBILIZADOS DE ÓRGÃOS - CARACTERIZAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HLA.
	05.01.04.012-9	PROVA CRUZADA (CROSSMATCH).
	05.01.05.001-9	PESQUISA DE ANTICORPO ESPECÍFICO CONTRA DOADOR (DSA) – AVALIAÇÃO PÓS-TRANSPLANTE. Apresentar relatório clínico de suspeita de rejeição humoral.
		HLA e doença. Indique o lócus HLA a ser pesquisado: _____

1. Em caso de estudo familiar, indicar a quantidade de tipificação HLA de acordo com o número de possíveis doadores (máximo de até 05 doadores).
2. No caso de identificação HLA de doador ou de solicitação de prova cruzada, é obrigatório o preenchimento da página "2" com os dados do(s) doador(es).

Assinatura/Carimbo do (a) médico (a):

Data do pedido: ____/____/____



Nota: Para cadastro e coleta de **potenciais doadores e/ou estudo familiar**, preencher os dados abaixo e coletar a(s) respectiva(s) assinatura(s).

Preenchimento obrigatório

DOADOR (A) 1	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 2	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 3	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 4	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 5	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.

O (A) doador (a) deve comparecer no dia da coleta, portando documento de identificação oficial, cartão SUS e comprovante de residência atualizado, para realização de cadastro.