



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES - MEDULA ÓSSEA**

Preenchimento obrigatório

|  |  |
|--|--|
| <b>RECEPTOR</b>  | Nome: _____ D.N.: ____/____/____   |
|  | Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Nº Cartão SUS: _____ Fone: ( ) _____  |
|  | Nome da mãe: _____ CEP: _____  |
|  | Motivo/Patologia: _____ CID: _____   |
|  | Hospital/Clínica: _____ Contato: ( ) _____   |
|  | E-mail clínica/médico transplantador: _____  |
|  | Medicamentos em uso (imunossuppressores, corticoides e outros): _____  |
|  | Transfusão sanguínea anterior? [ ] Sim [ ] Não Nº de bolsas transfundidas: _____ Data da última transfusão: ____/____/____                   |
|  | Transplante anterior? [ ] Sim [ ] Não Data do transplante: ____/____/____  |
|  | <b>Para pacientes do sexo feminino:</b><br>Quantidade de gestações, partos ou abortos prévios: _____ Data da última gestação: ____/____/____ |
| <b>Assinatura do (a) paciente ou responsável (se menor de 18 anos)*:</b>   |  |
| <small>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do(s) resultado(s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</small> |  |

O (A) receptor (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.

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

| QTD. | CÓDIGO SUS     | DESCRIÇÃO   |
|------|----------------|---|
|      | 05.01.02.004-7 | IDENTIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIAS 1ª FASE - TIPIFICAÇÃO DE HLA-A, B, DR e DQ POR TÉCNICAS DE MÉDIA RESOLUÇÃO.                 |
|      | 05.01.02.003-9 | IDENTIFICAÇÃO DE RECEPTOR DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIAS 2ª FASE- TIPIFICAÇÃO DE HLA - A, B, C, DRB1, DQB1 e DPB1 EM ALTA RESOLUÇÃO.                 |
|      | 05.01.01.002-5 | IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR APARENTADO DE CELULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIAS 1ª FASE - HLA-A, B, DR e DQ POR TESTE DE MÉDIA RESOLUÇÃO.                          |
|      | 05.01.01.010-6 | IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR APARENTADO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTIAS 2ª FASE - TIPIFICAÇÃO HLA-A, B, C, DR, DQ e DP POR TÉCNICAS DE ALTA RESOLUÇÃO.     |
|      | 05.01.04.011-0 | PROVA CRUZADA EM DOADORES DE MEDULA ÓSSEA - (APARENTADO NÃO IDÊNTICO).  |
|      | 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. |
|      | 05.01.05.001-9 | PESQUISA DE ANTICORPO ESPECÍFICO CONTRA DOADOR (DSA)  |
|      |                | 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.: ____/____/____<br>Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____<br>Nome da mãe: _____ Telefone: ( ) _____<br>Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____<br>Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____<br>Assinatura *: _____<br><b>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</b> |
| DOADOR (A) 2 | Nome: _____ D. N.: ____/____/____<br>Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____<br>Nome da mãe: _____ Telefone: ( ) _____<br>Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____<br>Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____<br>Assinatura *: _____<br><b>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</b> |
| DOADOR (A) 3 | Nome: _____ D. N.: ____/____/____<br>Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____<br>Nome da mãe: _____ Telefone: ( ) _____<br>Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____<br>Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____<br>Assinatura *: _____<br><b>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</b> |
| DOADOR (A) 4 | Nome: _____ D. N.: ____/____/____<br>Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____<br>Nome da mãe: _____ Telefone: ( ) _____<br>Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____<br>Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____<br>Assinatura *: _____<br><b>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</b> |
| DOADOR (A) 5 | Nome: _____ D. N.: ____/____/____<br>Sexo: [ ] M [ ] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____<br>Nome da mãe: _____ Telefone: ( ) _____<br>Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____<br>Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____<br>Assinatura *: _____<br><b>*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.</b> |

**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.**