



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA  
LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES  
SMHN, Qd.03 Cj. A, Bloco 03 CEP 70.710-100 – ASA NORTE  
Telefone/Fax: (61) 3327 4423



SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES  
MEDULA ÓSSEA (ESTUDO FAMILIAR)

**Exame solicitado:** HLA Locus A, B e DR em baixa/média resolução.

<b>DADOS PACIENTE</b>	NOME: _____ Sexo: [ ] M [ ] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Hospital: _____ Tel/Fax: _____
	Motivo/Patologia do paciente: _____ CID-10: _____
	Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____
	Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____
<b>Observação: O paciente deve comparecer no dia da coleta com o cartão SUS, documentos de identificação oficial e comprovante de endereço para a realização do cadastro</b>	

Estudo familiar. Máximo 5 candidatos a doador por estudo conforme tabela DATASUS – Acesso em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Observação: Todos os candidatos doadores devem comparecer no dia da coleta com o cartão SUS, documentos de identificação oficial e comprovante de endereço para a realização do cadastro.

Doador 01: _____ SEXO: [ ] M [ ] F
Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Parentesco: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____

Doador 02: _____ SEXO: [ ] M [ ] F
Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Parentesco: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____

Doador 03: _____ SEXO: [ ] M [ ] F
Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Parentesco: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____

Doador 04: _____ SEXO: [ ] M [ ] F
Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Parentesco: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____

Doador 05: _____ SEXO: [ ] M [ ] F
Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ Parentesco: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____

Data do pedido: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo/Assinatura do médico:

Para impressão desse formulário ou dúvidas sobre o preenchimento, acesse: [www.fhb.df.gov.br/transplante](http://www.fhb.df.gov.br/transplante)

**USO EXCLUSIVO DA GEAMB – FHB**

Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horário \_\_\_\_:\_\_\_\_. Atendente GEAMB: \_\_\_\_\_

Prazo de entrega de exames realizados pela FHB: até 07 dias úteis após a coleta.

Prazo de entrega de exames realizados por laboratórios parceiros: até 20 dias úteis após a coleta.