



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

<b>DADOS PACIENTE</b>	NOME: _____ Sexo: [ ] M [ ] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Nome da mãe: _____
	Hospital: _____ Tel/Fax: _____
	Motivo/Patologia do paciente: _____ CID-10: _____
	Programa: [ ] Tx intervivos. [ ] Doador falecido. [ ] Tx cardíaco. [ ] Tx renal. [ ] Tx _____
	Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____

Marque com um "X" o exame a ser realizado.

<b>HLA (Exame realizado na Fundação hemocentro de Brasília – FHB)</b>	<input type="checkbox"/> 1. Tipagem HLA (Lócus A, B e DR baixa/média resolução) – <b>Receptor</b>
	<input type="checkbox"/> 2. Estudo familiar. Máximo 5 candidatos a doador por estudo.* (HLA – média resolução) - <b>Doador</b>
	1) Nome: _____ Parentesco: _____
	2) Nome: _____ Parentesco: _____
	3) Nome: _____ Parentesco: _____
	4) Nome: _____ Parentesco: _____
5) Nome: _____ Parentesco: _____	
* Tabela DATASUS – Acesso em: <a href="http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp">http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp</a>	

Marque com um "X" o exame a ser realizado. **Os exames da tabela abaixo devem ser solicitados somente após a realização dos exames de HLA Lócus A, B e DR em média resolução em receptor e/ou após definição de doador compatível em baixa resolução em estudo familiar.**

<b>HLA (Exame realizado em Laboratório Parceiro)*</b>	CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO
	05.01.02.002-0	Identificação de receptor de células-tronco hematopoiéticas 2ª fase (DQ e DR) – alta resolução
	05.01.01.008-4	Identificação de doador voluntário de células tronco hematopoiética de doadores complementação da 2ª fase – lócus Cw – média resolução
	05.01.01.004-1	Identificação de doador aparentado de células-tronco hematopoiéticas 3ª fase. (Lócus DQ e DR) – alta resolução.
	05.01.02.003-9	Confirmação de tipificação de receptor de medula óssea ou de outros precursores hematopoiéticos - 3ª fase
	05.01.01.009-2	Confirmação de tipificação de doador de medula óssea ou de outros precursores hematopoiéticos - 3ª fase
<b>*Preenchimento obrigatório de formulário SUS de solicitação de exames de histocompatibilidade – APAC</b> A APAC deve vir anexa a este formulário.		

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

Carimbo/Assinatura do médico:

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

USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DE TRANSPLANTES – FHB  
 Data da coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Horário \_\_\_\_\_.  
 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.