



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES  
MEDULA ÓSSEA (PACIENTE)**

NOME: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ] M [ ] F

D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Tel/Fax: \_\_\_\_\_

Motivo/Patologia do paciente: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

Número Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Autorização do responsável (se menor de 18 anos): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Marque o exame a ser realizado. Somente marque as duas fases simultaneamente para inscrição de pacientes no REREME.**

Tipagem HLA 1ª fase (Lócus A, B e DRB1 baixa/média resolução).

Tipagem HLA 2ª fase (Lócus Cw baixa/média resolução + Lócus DRB1 e DQ alta resolução).

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

Carimbo/Assinatura do médico:

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

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.