



### SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES ÓRGÃOS SÓLIDOS (HLA/PRA)

<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</b>	1. Tipagem HLA (Locus A, B e DR baixa/média resolução) - <b>Paciente</b>
	2. Estudo familiar (cônjuge, familiar até 4º grau consanguíneo ou doador não aparentado mediante autorização judicial)*. Máximo 5 candidatos a doador por estudo.**
	1) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____
	2) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____
	3) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____
	4) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____
5) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____	
* LEI Nº 9.434, DE 04 DE FEVEREIRO DE 1997 .	
** 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>	

<b>PRA</b>	1. Avaliação de reatividade contra painel (PRA) classe I e II. (Exame para inscrição/manutenção de pacientes em lista de transplantes)
	2. Pesquisa de anticorpos anti-HLA contra doador específico – DSA <b>Avaliação pós-transplante***</b>
	Informar histórico de sensibilização: <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
	Transfusão sanguínea anterior?
	NÃO
	SIM Quantidade de bolsas transfundidas: _____ Data da última transfusão: _____
	Transplante anterior?
	NÃO
	SIM Qual órgão: _____ Data do transplante: _____
	Quantidade de gestações: _____ Data da última gestação: _____
Quantidade de abortos: _____ Data do último aborto: _____	
Medicamentos em uso (principalmente imunossuppressores ou corticosteroides): _____	
<b>*** Necessário apresentação de Relatório Clínico de suspeita de Rejeição Humoral em anexo.</b>	

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 \_\_\_\_\_

Orientações: [ ] Jejum de 8 horas (válido para coleta PRA)

Prazo de entrega: até 20 dias úteis após a coleta.