



ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS (CROSSMATCH)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES ÓRGÃOS SÓLIDOS (CROSSMATCH)

DADOS PACIENTE	NOME: _____ Sexo: [] M [] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Nome da mãe: _____
	Hospital: _____ Tel/Fax: _____
	Motivo/Patologia do paciente: _____ CID-10: _____
	Programa: [] Tx renal. [] Tx outros órgãos _____ ABO: _____
Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____	
DADOS DOADOR	NOME: _____ Sexo: [] M [] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Nome da mãe: _____
	Tipagem sanguínea: _____ Parentesco com receptor: _____
	Medicamentos em uso: _____

← Preenchimento obrigatório.

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

CROSSMATCH	<input type="checkbox"/> 1. Prova cruzada em doador vivo.
	<input type="checkbox"/> 2. Auto-prova cruzada em receptor.
	Informar histórico de sensibilização do paciente: (Preenchimento obrigatório)
	Transfusão sanguínea anterior?
	NÃO <input type="checkbox"/>
	SIM <input type="checkbox"/> Quantidade de bolsas transfundidas: _____ Data da última transfusão: ____/____/____
	Transplante anterior?
	NÃO <input type="checkbox"/>
	SIM <input type="checkbox"/> Qual órgão: _____ Data do transplante: ____/____/____
	Quantidade de gestações: _____ Data da última gestação: ____/____/____
Quantidade de abortos: _____ Data do último aborto: ____/____/____	
Medicamentos em uso (principalmente imunossupressores ou corticosteroídes): _____	

Marque a opção 1 para realização de prova cruzada entre o receptor e doador citados acima.

← Marque a opção 2 para pesquisa de auto-anticorpos presentes no soro do receptor.

Preenchimento obrigatório do questionário de eventos sensibilizatórios prévios.

Data do pedido: ____/____/____

Carimbo/Assinatura do médico:

Para impressão desse formulário ou dúvidas sobre o preenchimento, acesse: 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)

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

ORIENTAÇÕES

Marque a opção 1 para solicitação de prova cruzada entre o receptor e o doador definidos no cabeçalho da solicitação acima.

Marque a opção 2 para solicitação de pesquisa de auto-anticorpo presente no soro do receptor.

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO PRÉVIA E INFORME SOBRE MEDICAMENTOS EM USO PELO PACIENTE e DOADOR.