



ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS (HLA e PRA)

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

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 intervivos. [] Doador falecido. [] Tx cardíaco. [] Tx renal. [] Tx _____
 Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____

← Preenchimento obrigatório. Somente dados do paciente.

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

HLA

1. Tipagem HLA (Locus A, B e DR baixa/média resolução) - **Paciente**
 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: <http://relgdp.datasus.gov.br/tabela-unificada/a/pp/ee/inicio.jsp>

← Marque a opção 1 para a realização de exame de HLA no paciente.
 ← Marque a opção 2 para realização de exame de HLA no doador, e informe o (s) doador (es), a tipagem sanguínea e o parentesco com o receptor.

PRA

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 **Avaliação pós-transplante*****

Informe o histórico de sensibilização: **Preenchimento obrigatório**

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 imunossupressores ou corticosteróides): _____

*** Necessário apresentação de Relatório Clínico de suspeita de Rejeção Humoral em anexo.

← Campo para a solicitação de exames de pesquisa de anticorpos anti-HLA. Exame realizado apenas nos receptores renais (trimestral) e cardíacos (semestral) inscritos no Sistema Nacional de Transplantes (SNT). 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 PRA)
 Prazo de entrega: até 20 dias úteis após a coleta.

ORIENTAÇÕES

EXAME HLA:

Marque a opção 1 para solicitação de HLA baixa/média resolução no paciente/receptor.



Marque a opção 2 para solicitação de HLA baixa/média resolução no (s) possíveis doadores (estudo familiar) informando tipagem sanguínea e parentesco com o receptor. Limite de 5 (cinco) possíveis doadores por estudo, obedecendo os critérios previstos na Lei N°9.434, de fevereiro de 1997.

EXAME PRA:

Marque a opção 1 para solicitação de exame avaliação de reatividade contra painel (PRA). Exame realizado em pacientes inscritos em lista de transplante no DF. Paciente renal (realização trimestral ou após evento sensibilizatório); para pacientes cardíacos: uma realização pré-transplante, a retestagem somente após evento sensibilizatório (Bacal F, Souza-Neto JD, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. Arq Bras Cardiol.2009;94(1 supl.1):e16-e73).

Marque a opção 2 para solicitação de exame avaliação de reatividade contra painel (PRA) de pacientes transplantados. É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO CLÍNICO DE SUSPEITA DE REJEIÇÃO HUMORAL EM ANEXO A SOLICITAÇÃO DE DSA.

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