



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES
MEDULA ÓSSEA (DOADOR APARENTADO)
(2ª FASE - Locus Cw baixa/média resolução e DRB1 e DQ alta resolução)**

Doador: _____ Sexo: [] M [] F
D.N.: ___/___/___ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
Hospital: _____ Tel/Fax: _____
Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____
Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____
Receptor: _____

Observação: O doador deve comparecer no dia da coleta com o cartão SUS, documentos de identificação oficial e comprovante de endereço para a realização do cadastro

Solicito a realização do exame:

- Tipagem HLA 2ª fase (Locus Cw baixa/média resolução + Locus DRB1 e DQ alta resolução)*

* As tipagens HLA para Locus Cw (baixa/média resolução) e DRB1/DQ (alta resolução) para doador devem ser solicitadas somente após definição de doador compatível em baixa resolução em estudo familiar.

Data do pedido: ___/___/___

Carimbo/Assinatura do médico:

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