



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

<b>DADOS PACIENTE</b>	NOME: _____ Sexo: [ ] M [ ] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Hospital: _____ Tel/Fax: _____
	Motivo/Patologia do paciente: _____ CID-10: _____
	Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____
	Autorização do responsável (se menor de 18 anos): _____ Parentesco: _____
<b>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</b>	

<b>DADOS DOADOR</b>	NOME: _____ Sexo: [ ] M [ ] F
	D.N.: ____/____/____ CPF: _____ RG: _____ Tel: _____
	Número Cartão SUS: _____ Etnia: _____
	Tipagem sanguínea: _____ Parentesco com receptor: _____
	Medicamentos em uso: _____
<b>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</b>	

<b>CROSSMATCH</b>	<b>Solicito a realização do exame:</b>
	➤ Prova cruzada em doador vivo.
	Histórico de sensibilização do paciente: <b>(Preenchimento obrigatório)</b>
	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 corticosteroides): _____	

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

Carimbo/Assinatura do médico:

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.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**FUNDAÇÃO HEMOCENTRO DE BRASÍLIA**  
**LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES**  
**SMHN, Qd.03 Cj. A, Bloco 03 CEP 70.710-100 – ASA NORTE**  
**Telefone/Fax: (61) 3327 4423**

