



**SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE HISTOCOMPATIBILIDADE PARA
 ÓRGÃOS SÓLIDOS (HLA/PRA) E HLA DOENÇA**

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

HLA	Marque o exame a ser realizado.
	<input type="checkbox"/> Tipagem HLA (Locus A, B e DR baixa/média resolução) – Receptor
	<input type="checkbox"/> HLA doença. Indique o HLA a ser pesquisado: _____
	<input type="checkbox"/> 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: _____ N° SUS: _____
	2) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____ N° SUS: _____
3) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____ N° SUS: _____	
4) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____ N° SUS: _____	
5) Nome: _____ ABO: _____ Parentesco: _____ N° SUS: _____	
* LEI Nº 9.434, DE 04 DE FEVEREIRO DE 1997 .	
** Tabela DATASUS – Acesso em: http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp	

PRA	Marque o exame a ser realizado.
	<input type="checkbox"/> 1. Avaliação de reatividade contra painel (PRA) classe I e II. (Exame para inscrição/manutenção de pacientes em lista de transplantes)
	<input type="checkbox"/> 2. Pesquisa de anticorpos anti-HLA contra doador específico – DSA Avaliação pós-transplante***
	Informar histórico de sensibilização: (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"/> Órgão transplantado: _____ Data do transplante: ____/____/____.
Quantidade de gestações: _____ Data da última gestação: ____/____/____.	
Quantidade de abortos: _____ Data do último aborto: ____/____/____.	
Medicamentos em uso (ex.: imunossuppressores, corticosteróides e imunoglobulinas): _____	
*** Necessário apresentação de Relatório Clínico de suspeita de Rejeição Humoral em anexo.	

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.