



SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE IMUNOLOGIA DOS TRANSPLANTES - ÓRGÃOS SÓLIDOS

Preenchimento obrigatório

RECEPTOR	Nome: _____	D.N.: _____
	Sexo: [] M [] F CPF: _____	Nº Cartão SUS: _____ Fone: _____
	Nome da mãe: _____	CEP: _____
	Motivo/Patologia: _____	CID: _____
	Indicação de transplante: [] Tx. cardíaco [] Tx. renal [] Outros: _____	RGCT: _____
	Hospital/Clínica: _____	Contato: () _____
	E-mail clínica/médico transplantador: _____	
	Medicamentos em uso (imunossuppressores, corticoides e outros): _____	
	Transfusão sanguínea anterior? [] Sim [] Não Nº de bolsas transfundidas: 01 Data da última transfusão: 05/12/2021	
	Transplante anterior? [] Sim [] Não Órgão transplantado: _____ Data do transplante: ____/____/____	
Para pacientes do sexo feminino: Quantidade de gestações, partos ou abortos prévios: _____ Data da última gestação: ____/____/____		
Assinatura do (a) paciente ou responsável (se menor de 18 anos)*: _____		
*Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do(s) resultado(s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.		
O (A) receptor (a) / doador (a) deve comparecer no dia da coleta, portando documento de identificação oficial, cartão do SUS e comprovante de residência atualizado, para realização de cadastro.		

SOLICITO (marque um "X" no (s) exame (s) solicitado (s).)

QTD.	CÓDIGO SUS	DESCRIÇÃO
	05.01.05.005-1	IDENTIFICACAO DE RECEPTOR DE ÓRGÃOS: TIPIFICAÇÃO HLA-A, B, DR e DQ EM MÉDIA RESOLUÇÃO.
	05.01.04.009-9	IDENTIFICAÇÃO DE DOADOR VIVO DE RIM: TIPIFICAÇÃO DE HLA-A, B, DR e DQ DE MÉDIA RESOLUÇÃO.
	05.01.05.003-5	AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL (PRA) CLASSE I E CLASSE II - RECEPTORES NÃO SENSIBILIZADOS – CARACTERIZAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HLA.
X	05.01.05.001-9	AVALIAÇÃO DE REATIVIDADE CONTRA PAINEL (PRA) CLASSE I E CLASSE II - RECEPTORES HIPERSENSIBILIZADOS DE ÓRGÃOS - CARACTERIZAÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HLA.
	05.01.04.010-2	PROVA CRUZADA (CROSSMATCH).
	05.01.05.001-9	PESQUISA DE ANTICORPO ESPECÍFICO CONTRA DOADOR (DSA) – AVALIAÇÃO PÓS-TRANSPLANTE. Apresentar relatório clínico de suspeita de rejeição humoral.
		HLA e doença. Indique o locus HLA a ser pesquisado: _____
1. Em caso de estudo familiar, indicar a quantidade de tipificação HLA de acordo com o número de possíveis doadores (máximo de até 05 doadores).		
2. No caso de identificação HLA de doador ou de solicitação de prova cruzada, é obrigatório o preenchimento da página "2" com os dados do(s) doador(es).		

Assinatura/Carimbo do (a) médico (a):

Data do pedido: ____/____/____



Nota: Para cadastro e coleta de **potenciais doadores e/ou estudo familiar**, preencher os dados abaixo e coletar a(s) respectiva(s) assinatura(s).

Preenchimento obrigatório

DOADOR (A) 1	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 2	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 3	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 4	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.
DOADOR (A) 5	Nome: _____ D. N.: ____/____/____ Sexo: [] M [] F CPF: _____ Cartão SUS: _____ CEP: _____ Nome da mãe: _____ Telefone: () _____ Parentesco: _____ E-mail médico/centro transplantador: _____ Medicamentos (obrigatório para exame de prova cruzada): _____ Assinatura *: _____ *Autorizo a realização de exames de histocompatibilidade e a disponibilização do (s) resultado (s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.

O (A) doador (a) deve comparecer no dia da coleta, portando documento de identificação oficial, cartão SUS e comprovante de residência atualizado, para realização de cadastro.