



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:	Data da última transfusão:
	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 disponibilização do(s) resultado(s) por meios eletrônicos, conforme Lei nº 13.709 de 2018.			
O (A) receptor(a)/doador(a) deve comparecer na data 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	IDENTIFICAÇÃO 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.
	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(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