



LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE
INSTITUTO DE IMUNOGENÉTICA – IGEN
ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO À PESQUISA - AFIP

Rua Loefgreen, 1235 - Vila Clementino - CEP 04040-031 - São Paulo, SP

Fone: +55 11 2101-7100 Fax: +55 11 5572-7669

(CÓPIA CONTROLADA)

Cód.: FM-REC-021	Data efetivação: 29.04.21	Versão: 08
------------------	---------------------------	------------

Solicitação de Exames para Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE: _____

Assinale:

- Solicitação de Exames para transplantes **REALIZADOS** pelo SUS.
- Solicitação de Exames para transplantes **NÃO REALIZADOS** pelo SUS.

INFORMAÇÕES SOBRE O RECEPTOR

Nome: _____

CPF: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Doença (CID): _____

Nº de Transfusões de Sangue: _____ **Data da última transfusão:** ____/____/____

Nº de Gestações (inclusive abortos): _____ **Ano da última gestação:** ____/____/____

Transplante Anterior: Não Sim

Tipo de transplante anterior: Autólogo Alogênico

Data do Transplante anterior: ____/____/____

Doador do Transplante Anterior: Aparentado Parentesco: _____ Não aparentado

Tipificação HLA do transplante anterior: _____

Sabe se tem doença auto-imune: Não Sim Qual? _____

Data da coleta da amostra biológica: ____/____/____ **Hora da coleta:** _____

INFORMAÇÕES SOBRE O(S) DOADOR(ES):

Doador (D1)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor(a)	
Endereço	
Raça	

Doador (D2)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor(a)	
Endereço	
Raça	

Doador (D3)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor(a)	
Endereço	
Raça	

Doador (D4)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor(a)	
Endereço	
Raça	

Doador (D5)	
Nome Completo	
Data de nascimento	
CPF	
Nome da mãe	
Parentesco com receptor(a)	
Endereço	
Raça	

Responsável pelo preenchimento: _____

Telefone de contato: _____

Endereço eletrônico para envio de resultado: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () Tipificação HLA-A, B, C, DRB1, DQB1, DPB1 - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
(HLA Classe I e II) em alta resolução
- () Tipificações HLA confirmatórias - Receptor(a) D1
- () Tipificação HLA-A alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-B alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-C alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-DRB1 alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-DQB1 alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-DPB1 alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-DRB3, B4, B5 alta resolução- Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-A baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-B baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-C baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () Tipificação HLA-DRB1 baixa/média resolução- Receptor(a) D1 D2 D3 D4 D5
- () * Prova cruzada (crossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC)
- () *Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC) contra linfócitos T
- () *Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citotoxicidade dependente de complemento (CDC) contra linfócitos B
- () * Prova cruzada (crossmatch) por citometria de fluxo contra linfócitos T e B do doador
- () *Auto prova cruzada (autocrossmatch) por citometria de fluxo contra linfócitos T e B
- () PRA I e II - Reatividade de anticorpos contra painel HLA classe I e classe II
- () Quantificação de Citomegalovírus (CMV) por RT-PCR
- () Quantificação de Vírus BK (BKV, ou BKPyV) por RT-PCR

*** Coletas externas para a realização de crossmatch serão aceitas somente com autorização do Instituto de Imunogenética.**

Carimbo, CRM e assinatura médica.

Data: ____/____/____