



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-031 | Data efetivação: 29.04.21 | Versão: 04

Solicitação de Exames para Transplante com Órgãos Sólidos

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE: _____

Assinale:

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

INFORMAÇÕES SOBRE O RECEPTOR

Tipo de transplante: Rim
Outros _____

Nome: _____

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

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena Não informada

Ano do Início da Diálise, se for o caso: _____

Local de Diálise: _____

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

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

Transplante Anterior: Não Sim

Data do Transplante anterior: ____/____/____ Está com o rim transplantado: Não Sim

Tipo do Transplante : Falecido Vivo Parentesco: _____

Tipificação HLA do transplante anterior: _____

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

Data da coleta: ____/____/____ Hora da coleta: _____

Local 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	

Responsável pelo preenchimento: _____

Telefone de contato: _____

Endereço para envio de resultado: _____

EXAMES SOLICITADOS:

- () HLA-A baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () HLA-B baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () HLA-C baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () HLA-DRB1 baixa/média resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () HLA-DQB1 alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () HLA-DPB1 alta resolução - Receptor(a) D1 D2 D3 D4
- () *Crossmatch contra linfócitos T e B do doador por Citotoxicidade (CDC).
- () *Crossmatch contra linfócitos T e B do doador por Citometria de Fluxo.
- () Reatividade contra painel

** Coletas externas serão aceitas somente com autorização do Instituto de Imunogenética.*

Carimbo, CRM e assinatura médica.

Data: ____/____/____