

	TESTE DE HISTOCOMPATIBILIDADE
	QUESTIONÁRIO

OBS: OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODAS AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

Nome do paciente:
 N.º do pedido:

Colar
 Etiqueta/
 Questionário

Legenda: **RECEPTOR** = paciente que será transplantado com o órgão do **DOADOR**
DOADOR = pessoa que voluntariamente doará o órgão ao **RECEPTOR**

1. O exame será feito para a realização de qual tipo de transplante?

- Fígado Pulmão Coração Rim Pâncreas Medula Óssea
 Outros: _____

2. A amostra coletada será de:

- DOADOR RECEPTOR

Nome do **RECEPTOR**: _____

2.1 Qual o parentesco do **DOADOR** com o **RECEPTOR**?

- Mãe Pai Irmão/irmã Meio irmão/irmã Outros: _____

2.2 **RECEPTOR** realizou HLA no laboratório Maricondi?

- Sim – Número do pedido laboratório Maricondi: _____
 Não – Resultado externo do **RECEPTOR** anexado? Sim Não

Obs.: Se o **RECEPTOR NÃO houver realizado exame pelo laboratório Maricondi, solicitamos entregar laudo anterior de tipificação de HLA do **RECEPTOR** para realizarmos a análise integrada. Se essa informação não estiver disponível, NÃO será realizada a análise integrada.**

2.3 Informar nome dos **DOADORES** e se eles realizaram HLA no laboratório Maricondi?

- Não tem doadores
 Sim – Discriminar os dados de cada um do(s) **DOADOR(ES)** nas linhas abaixo:

Nome completo	Parentesco	Pedido Maricondi
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
6	_____	_____
7	_____	_____
8	_____	_____

Resultado(s) do(s) **DOADOR(ES)** anexado(s)? Sim Não

Obs.: Se algum **DOADOR NÃO houver realizado exame pelo laboratório Maricondi, solicitamos entregar laudo anterior de tipificação de HLA do(s) **DOADOR(ES)**, para realizarmos a análise integrada. Se essa informação não estiver disponível, NÃO será realizada a análise integrada. **DESCONSIDERAR ESSE ITEM SE FOR A PRIMEIRA COLETA DE HLA DO **RECEPTOR**.****

Descrever outras informações que julgar necessárias:
