R. Major José Inácio, 2392 - Centro,
São Carlos - SP, 13560-161
Telefone e WhatsApp: (16) 2107-0123

CNPJ: 45.362.324/0001-08 - CREMESP: 05.087
CEVS: 354890622-864-000001-1-6 - CNES: 2057239
/labmaricondi | labmaricondi.com.br

Tipificação HLA para Transplante e Estudo de Associação HLA e Doenças

FINALIDADE DO EXAME:

DATA DA COLETA: ____/____/____

Transplante

- ☐ Transplante de rim
- ☐ Transplante de medula óssea
- ☐ Outro: _____

Estudo de Associação HLA e Doenças

- ☐ Pesquisa B27
- ☐ Pesquisa B51
- ☐ Pesquisa DQ2-DQ8
- ☐ Outro: _____

Apenas para finalidade de **TRANSPLANTE** preencher as informações abaixo:

Dados do receptor:

Nome: _____

Suspeita Clínica / Etiologia da doença: _____

☐ 1º Transplante ☐ Retransplante no: ___ Data do transplante prévio: ____/____/____

Recebeu transfusão sanguínea recentemente?
☐ Não ☐ Sim - Data da última transfusão: ____/____/____

Dados do doador:

Nome: _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Médico solicitante: _____

Atenção! Caso receptor e/ou doador já tenha tipificação HLA realizada em outro serviço, favor anexar os resultados e enviar junto com o pedido médico.

ISO 9001
Sistema Nacional de Acreditação DICQ patrocinado pela Sociedade Brasileira de Análises Clínicas
PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade
Controllab
P