

TESTE DE HISTOCOMPATIBILIDADE

QUESTIONÁRIO

OBS: OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODAS AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

Nome do paciente:
 N.º do pedido:

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)** anexo(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: