



ALBERT EINSTEIN

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA  
HOSPITAL • ENSINO E PESQUISA • RESPONSABILIDADE SOCIAL

Identificação da amostra

## Formulário para Recebimento de Amostra para Tipificação HLA

Exame solicitado: **Tipificação HLA para transplante e estudo de associação HLA e doenças**

Finalidade do exame

Data de coleta: \_\_\_\_\_

<p>Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> transplante de rim      <input type="checkbox"/> transplante de medula óssea</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p>Estudo de associação HLA e doenças</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisa B27      <input type="checkbox"/> pesquisa B51      <input type="checkbox"/> pesquisa DQ2-DQ8</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
--	---

**Dados do receptor** (apenas para finalidade de TRANSPLANTE preencher as informações abaixo)

Nome Completo	
Suspeita Clínica / Etiologia da doença	
<input type="checkbox"/> 1º transplante      Retransplante nº: _____	<input type="checkbox"/> Data do transplante prévio: _____
<input type="checkbox"/> Recebeu transfusão sanguínea recentemente	<input type="checkbox"/> Data da última transfusão: _____

**Dados do doador** (apenas para finalidade de TRANSPLANTE preencher as informações abaixo)

Nome Completo
Grau de parentesco com o receptor

Médico solicitante:

\_\_\_\_\_

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