

EXAME: Genotipagem KIR

FINALIDADE DO EXAME:

Transplante de medula óssea

Outra Qual? _____

Data da Coleta: ___ / ___ / ___

Dados do Receptor/Paciente:

Nome : _____

Suspeita Clínica / Etiologia da doença : _____

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

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

No. de gestações : _____ última gestação : ___ / ___ / ___ Abortos? _____ Quantos? _____

Favor preencher os dados do(s) doador(es) prévio(s) ou possível(eis) doador(es):

Dados do Doador:

Nome : _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Dados do Doador 2 (Se houver):

Nome : _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Dados do Doador 3 (Se houver):

Nome : _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Médico solicitante: _____

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