

Exame solicitado: Prova cruzada e pesquisa de anticorpos reativos contra painel HLA (PRA)

Finalidade do exame

Data de coleta: _____

<input type="checkbox"/> transplante de rim	<input type="checkbox"/> transplante de fígado	<input type="checkbox"/> transplante de coração	<input type="checkbox"/> transplante de pulmão	<input type="checkbox"/> fertilidade
<input type="checkbox"/> protocolo de desensibilização	<input type="checkbox"/> Outro: _____			
Médico Solicitante				

Dados do receptor (para finalidade de FERTILIDADE, considerar: esposa como receptor e marido como doador)

Nome Completo		Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome do(a) Responsável (se necessário)		Grau de Parentesco (entre Responsável e Receptor)
Etiologia da doença		
Nº de transfusões: _____	<input type="checkbox"/> Data da última transfusão: _____	
Nº de gestações: _____	<input type="checkbox"/> Data da última gestação: _____	

Somente para os casos de TRANSPLANTE:

<input type="checkbox"/> 1º transplante	Retransplante nº: _____	<input type="checkbox"/> Data do último transplante: _____
<input type="checkbox"/> Transplante agendado	<input type="checkbox"/> Data do transplante: _____	

Somente para os casos de FERTILIDADE:

<input type="checkbox"/> Foi realizada imunização	<input type="checkbox"/> Data da imunização: _____
---	--

Dados do doador

Nome Completo	
Grau de parentesco com o receptor	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)

Eu confirmo que apresentei e revisei o Termo de Consentimento para Prova Cruzada e PRA juntamente com o paciente e/ou responsável.

x _____
Paciente, responsável ou médico solicitante (com carimbo contendo CRM)

Data: _____