



REQUISIÇÃO DE EXAMES PARA RECEPTOR DE TRANSPLANTE RENAL, PÂNCREAS E RIM CONJUGADO



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

PRONTUÁRIO Nº:

Nome

Idade	Sexo () Masc. () Fem.	Unidade de Coleta	RGCT
-------	----------------------------	-------------------	------

Data de Nascimento:

CPF:

CNS:

Nome da Mãe:

Município de Residência

DADOS CLÍNICOS

Receptor Renal - CID:Nº180

MATERIAL A ANALISAR () Sangue Total Sem Anticoagulante com Gel Separador
() Sangue total com EDTA

EXAMES SOLICITADOS

- () PROVA CRUZADA P/TRANSPLANTE RENAL:
- () HLA Classe I e II:
- () Painel de Reatividade de anticorpos anti-HLA (PRA):
- () Soroteca:

DATA

Carimbo e Assinatura do Médico:

ATENÇÃO

OS EXAMES ACIMA SOLICITADOS SERÃO REALIZADOS SOMENTE SE O RECEPTOR ESTIVER INSCRITO NO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES (SNT)

QUALQUER DÚVIDA LIGAR PARA O SETOR DE IMUNOGENÉTICA DO HEMOSC:

(48) 3251-9733



QUESTIONARIO DE PACIENTE RENAL, PÂNCREAS E RIM CONJUGADO

Nome Completo:			
Data Nascimento: / /	Sexo:	Est. Civil:	
Grupo Sanguíneo:	Naturalidade:	UF:	
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço Residencial:			
Bairro:			
CEP:	Cidade:	UF:	
Cartão Nacional do SUS:	RG:		
CPF:	Numero de Telefone: ()		
Já fez transfusões: Sim () Não ()	Etnia:		
Numero de transfusões:	Data da ultima transfusão:		
Numero de gestações:	Numero de Filhos:		
Diabetes: Sim () Não ()	Hipertensão: Sim () Não ()		
Faz Hemodialise: Sim () Não ()			
Qual a Clinica que realiza a Hemodialise:			
Causa da Insuficiência Renal:			
Já realizou algum transplante anteriormente? Sim () Não ()			
De que órgão que foi realizado o Transplante:			
Qual é o HLA do órgão transplantado:			
Quando foi o Transplante:	Em que Estado:		
Qual foi o tipo de Doador: VIVO () FALECIDO ()			
Tinha parentesco com o Doador: Sim () Não ()			
Qual o seu parentesco com o Doador:			
Já fez outros exames de compatibilidade com doado: Sim () Não ()			
Qual o HLA do Doador:	Há quanto tempo:		
Já tem agendado a data da cirurgia: Sim () Não ()			
Qual é a data:	Qual é o Parentesco:		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES OBRIGATÓRIAS			
Anexado o resultado do HLA	()		
Anexado Fotocopia do RG ou CPF	()		
Anexado o ultimo PRA	()		
ENTREVISTADO POR:			
QUALQUER DÚVIDA LIGAR PARA O SETOR DE IMUNOGENÉTICA DO HEMOSC: (48) 3251-9733			