

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Data de coleta: ____/____/____

Exame: Análise de Quimerismo pós -TCTH

Dados do receptor

Nome: _____

Anexar último hemograma ou informar Leucometria global: _____

Paciente HIAE: Sim Não

Na primeira análise ou testes, preencher os dados abaixo sendo também necessário amostras do paciente pré-transplante e do doador, que deverão ser encaminhadas no período pré-transplante ou junto com o primeiro teste.

Etiologia da doença: _____

Data do 1º transplante: ____/____/____

Data do 2º transplante: ____/____/____

Material enviado ao departamento de Histocompatibilidade - HLA pós-transplante:

- Sangue EDTA
 Medula óssea

Dados do doador

Nome: _____

Grau de parentesco com o receptor: _____

Material enviado ao departamento de Histocompatibilidade - HLA pós transplante:

- Sangue
 Swab
 Saliva
 DNA
 Medula óssea

Médico solicitante: _____