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: ___/___/___

N. de gestações: _____________ último 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.