

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 dessensibilização	<input type="checkbox"/> Outro: _____			

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

Nome Completo	
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

Médico solicitante:
