

Exame solicitado

<input type="checkbox"/> STR Análise (LN974)	<input type="checkbox"/> STR Análise 2 Subpopulações (707203)
<input type="checkbox"/> STR Análise 3 Subpopulações (707204)	<input type="checkbox"/> STR Análise 4 Subpopulações (707205)
Médico Solicitante	

Dados do receptor

Nome Completo		Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Nome do(a) Responsável (se necessário)		Grau de Parentesco (entre Responsável e Receptor)
Etiologia da doença		
<input type="checkbox"/> 1º transplante - Data: _____	<input type="checkbox"/> 2º transplante - Data: _____	

Anexar último hemograma ou informar leucometria global: _____

Material biológico do receptor pós-transplante

Data de Coleta (DD/MM/AAAA)	Tipo de amostra <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> medula óssea
Data de envio a Genomika (DD/MM/AAAA)	<input type="checkbox"/> Outro: _____

Material biológico do receptor pré-transplante

<input type="checkbox"/> Material do receptor pré-transplante já foi encaminhado previamente ao laboratório Genomika	Tipo de amostra <input type="checkbox"/> sangue coletado antes do transplante <input type="checkbox"/> DNA coletado antes do transplante
	<input type="checkbox"/> Swab bucal coletado após o transplante <input type="checkbox"/> Outro: _____

Dados do doador

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

Material biológico do doador

<input type="checkbox"/> Material do doador já foi encaminhado previamente ao laboratório Genomika	Tipo de amostra <input type="checkbox"/> sangue <input type="checkbox"/> DNA
	<input type="checkbox"/> Outro: _____

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: _____

Atenção! APENAS para PRIMEIRA análise de quimerismo no Laboratório Genomika é necessário o envio das amostras do receptor pré-transplante e do doador.