



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE HISTOCOMPATIBILIDADE - HLA: DOADOR FALECIDO

Ao Laboratório de Imunogenética e Biologia Molecular – HOSPITAL GERAL

Setor: Histocompatibilidade

Data: ___/___/_____	
Doador:	
RGCT:	CNS:
Sexo:	Idade:
Hospital:	
Material encaminhado: () 5ml de sangue em tubo com anticoagulante EDTA () Gânglios () Baço	
Solicito a realização de: () Tipagem HLA do doador falecido () Prova Cruzada (<i>Cross-match</i>)	
Profissional solicitante (CRM/COREN): _____	