

Paciente:		A preencher pela InSitus Genética Colar etiqueta
Nome da mãe:		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Data de nascimento:	
CPF:	RG:	
Raça: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> não informada		
Médico requisitante:		CRM:
Hospital/Laboratório:		E-mail:
Endereço:		
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:		Celular:
Carimbo e assinatura:		

## Dados do exame solicitado:

Data da coleta:	Hora da coleta:
Responsável pela coleta:	
Local da coleta:	
Material: <input type="checkbox"/> medula óssea	

## Dados clínicos:

Hipótese diagnóstica (HD):	
Tempo de diagnóstico:	
Recebeu quimioterapia? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual?	
Nº de transfusões de sangue:	Data da última transfusão:
Nº de gestações (inclusive abortos):	Ano da última gestação:
Transplante anterior: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.	Data:
Tem doença auto-imune: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual?	

## Informações sobre os doadores:

	Nome completo	Data de nascimento	CPF	Nome da mãe	Parentesco com o receptor
D(1)					
D(2)					
D(3)					
D(4)					
D(5)					

## Exames solicitados:

- |                                                   |                                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HLA-A - média resolução  | <input type="checkbox"/> HLA-B - alta resolução  |
| <input type="checkbox"/> HLA-B - média resolução  | <input type="checkbox"/> HLA-C - alta resolução  |
| <input type="checkbox"/> HLA-C - média resolução  | <input type="checkbox"/> HLA-DR - alta resolução |
| <input type="checkbox"/> HLA-DR - média resolução | <input type="checkbox"/> HLA-DQ - alta resolução |
| <input type="checkbox"/> HLA-A - alta resolução   | <input type="checkbox"/> HLA-DP - alta resolução |

Horário de recepção das amostras:  
segunda à sexta: 08:00 - 18:00h  
sábado e vésperas de feriado: 08:30 - 16:00h

Rua das Rosas, 762  
Vila Mariana  
04048-001  
São Paulo, SP - Brasil

www.insitus.com.br  
+55 (11) 3822-2148  
+55 (11) 3666-2279  
+55 (11) 5078-8527

Atendimento médico  
Segunda à sexta  
8:00 às 17:00  
atendimento@insitus.com.br