

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0524 FORMULÁRIO PARA PROVA CRUZADA CROSS MATCH

***Todos os dados são imprescindíveis**

Dados dos pacientes

Nome completo: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino Masculino

Número do pedido: _____

Dados do Exame

Data da coleta: ____/____/____

Exame a ser executado:

CROSS - PROVA CRUZADA CÉLULAS T E B - TRANSPLANTE. Qual transplante: _____

CROSF - PROVA CRUZADA CÉLULAS T E B - FERTILIDADE

CROSA - PROVA CRUZADA AUTÓLOGA - AUTOANTICORPOS

Dados esposo/Potencial doador

Nome esposo (CROSF)/Nome potencial doador (CROSS): _____

Grau de parentesco: _____

Houve transplante prévio ao exame: Sim Não

Data do transplante: ____/____/____

Fez transfusão sanguínea: Sim Não

Data da última transfusão: ____/____/____

Número de gestações prévias: _____

Número de aborto(s): _____

Qual a medicação em uso do paciente: _____

Qual a medicação em uso do esposo/potencial doador: _____

Observação

(1) Todos os campos deste formulário são essenciais para a execução do exame. A ausência de informações pode comprometer ou atrasar o resultado.

(2) Enviar a cópia do pedido médico juntamente com o formulário preenchido.