

SERVIÇO SOLICITANTE									
NOME:					ESTADO:				
RESPONSÁVEL SOLICITAÇÃO:									
E-MAIL DO SERVIÇO PARA ENVIO DE RESULTADO:									
DADOS DO PACIENTE									
NOME:									
CPF:			SEXO:			DN:			
NOME MÃE:									
DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> ANEMIA FALCIFORME (Hb SS) <input type="checkbox"/> OUTRAS DOENÇAS FALCIFORMES (Hb S____)									
FENOTIPAGEM CONHECIDA						ANTICORPOS IDENTIFICADOS			
D (RH1)	C (RH2)	E (RH3)	c (RH4)	e (RH5)	C <sup>w</sup> (RH8)				
EXAMES SOLICITADOS									
<input type="checkbox"/> GENOTIPAGEM PARA VARIANTES RHCE					<input type="checkbox"/> GENOTIPAGEM PARA VARIANTES RHD				
MOTIVO SOLICITAÇÃO									
<input type="checkbox"/> Paciente RhD+ com anti-D.					<input type="checkbox"/> Pacientes com anticorpos contra antígenos próprios do RHCE.				
<input type="checkbox"/> Paciente com D fraco ( $\leq 2+$ ) em qualquer metodologia.									
<input type="checkbox"/> Fenotipagem RhD divergente entre antissoros distintos.					<input type="checkbox"/> Fenotipagem RhCE divergente entre antissoros distintos.				
<input type="checkbox"/> Paciente com suspeita de anticorpos contra antígenos de alta frequência RHCE.									
<input type="checkbox"/> Outro:									
ORIENTAÇÃO SOBRE COLETA DAS AMOSTRAS									
<p>• <b>Para envio em até 07 dias da coleta:</b> dois tubos de EDTA homogenizados (2 ou 4mL), com volume colhido apropriado para quantidade de anticoagulante, sem coágulos e armazenados entre 2 e 8° C.</p> <p>• <b>Para envio após 07 dias de coleta:</b> dois tubos de EDTA homogenizados (2 ou 4mL), com volume colhido apropriado para quantidade de anticoagulante, sem coágulos. As amostras devem ser homogenizadas após a coleta e devem ser congeladas, homogenizadas, a -20° C ou mais frio até o momento do envio.</p> <p><b>Todos os tubos de EDTA devem ser identificados com: nome completo sem abreviatura, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta.</b></p>									
ORIENTAÇÃO SOBRE ENVIO DAS AMOSTRAS									
<p>O serviço de origem é responsável pelo envio das amostras acondicionadas em isopor com gelox.</p> <p>Enviar para: Av. José Bastos, 3390. Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE. CEP 60431-086.</p> <p>Laboratório de Imuno-hematologia de Técnicas Avançadas, aos cuidados de Tiê Costa e/ou Lhaís Santos.</p>									
OBSERVAÇÕES									
<p>Todos os pacientes devem estar com cadastro atualizado no WebHemoglobinopatias.</p> <p>As solicitações devem ser enviadas para: IHavancadas@hemoce.ce.gov.br</p> <p>Apenas com as amostras corretamente identificadas e o formulário completamente preenchido, o Hemoce poderá realizar a genotipagem solicitada.</p>									
RESPONSÁVEL PELO ENVIO:					DATA:				