 IMUNOLAB Transplantes	Laboratório IMUNOLAB Transplantes			
	Orientações para clientes e pacientes: QUIMERISMO PÓS-TRANSPLANTE			
	Código:	FSQ0049	Versão:	2
	Situação:	APROVADO	Página:	1/2

Método:

PCR-STR

Material biológico e tubo de coleta:

Receptor/Doador	Tipo de Material	Tipo do tubo coleta	Período da coleta
Receptor	Sangue ou <i>swab</i> bucal*	- Sangue: 2 tubos EDTA (10 mL) - 2 <i>swab</i> bucal seco	Pré-transplante
Receptor	Sangue ou medula óssea	1 tubo EDTA (5 mL)	Pós-transplante
Doador	Sangue	1 tubo EDTA (5 mL)	Antes ou após a doação

***O raspado bucal não deve ser contaminado com células sanguíneas se for coletado após o transplante de células tronco hematopoiéticas.**

Jejum

Não obrigatório

Instruções de conservação e envio:

As amostras devem ser acondicionadas e transportadas em temperatura ambiente (15 a 30°C) em recipiente isotérmico, impermeável e higienizável. Entregar no laboratório até 72h após a coleta. Transportar as amostras biológicas em conformidade com a RDC Nº 504/2021 que dispõe sobre regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano.

Critérios de rejeição das amostras

Sem identificação, material ou tubo de coleta inadequado, volume insuficiente de amostra.

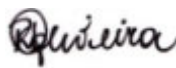
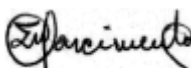
Documentação necessária:


Pedido médico, cópia do documento de identificação do paciente e doadores e questionário abaixo.

Dias e horário para a entrega de amostra:

Segunda a sexta-feira de 07h às 16h00.

Prazo para de entrega do resultado: até 7 dias úteis

	Elaboração	Aprovação
Data:	07/06/2023	07/06/2023
Assinaturas:		

 IMUNOLAB Transplantes	Laboratório IMUNOLAB Transplantes			
	Orientações para clientes e pacientes: QUIMERISMO PÓS-TRANSPLANTE			
	Código:	FSQ0049	Versão:	2
	Situação:	APROVADO	Página:	2/2

QUESTIONÁRIO

Questionário obrigatório para o exame de quimerismo

RECEPTOR:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Etiologia da doença: _____

Anexar último hemograma ou informar leucometria global: _____

1º Transplante. Data: ___/___/___

2º Transplante. Data: ___/___/___

DOADOR:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Grau de parentesco com o receptor: _____