



Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP

BLOOD SAMPLE REQUEST FOR CONFIRMATORY TYPING



Registo Português de Dadores de Medula Óssea  
Portuguese Bone Marrow Donors Registry

IMP.3273.2

Página 1 de 1

Last Name	
First Name	
Date of Birth	
Gender	
Diagnosis	

Patient Registry

CEDACE ID Code

Patient HLA Typing

A*	B*	C*	DRB1*	DRB* 3/4/5	DQB1*	DPB1*
A*	B*	C*	DRB1*	DRB* 3/4/5	DQB1*	DPB1*

Acceptable days of the week: Tuesday  Wednesday  Thursday  Friday

Remarks:

Donor GRID(s)

Blood Requirements	
_____ mls EDTA	_____ Mls Heparin
<b>20</b> mls ACD	_____ Mls Clotted Blood

Notification of blood samples arrival: \_\_\_\_\_ days

Delivery Address

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa –  
Área da Transplantação - CEDACE  
Dr. Dário Ligeiro  
Alameda das Linhas de Torres, nº 117  
1769-001 Lisboa  
Portugal

Invoice Address

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa –  
Área da Transplantação - CEDACE  
Alameda das Linhas de Torres, nº 117  
1769-001 Lisboa  
Portugal

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_