



FORMULARIO SOLICITUD DE SEROTECA INDIVIDUAL y/o ANTICUERPOS ANTI HLA EN TRASPLANTE

Nombre: _____ RUT/Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Nacionalidad _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Región _____

Fono: _____ Correo electrónico _____

FONASA	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	PRAIS	<input type="checkbox"/>	ISAPRE	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>	FFAA	<input type="checkbox"/>
En pacientes FONASA indicar si:												
<input type="checkbox"/> Paciente se atiende en sistema público y/o es derivado por este a un centro privado												
<input type="checkbox"/> Paciente se atiende en sistema privado bajo modalidad de libre elección												

Diagnóstico: _____

PROGRAMA TRASPLANTE

Renal con Donante Cadáver Riñón - Páncreas Corazón Corazón - Pulmón Pulmón Renal con Donante Vivo Páncreas Hígado Hígado-Riñón Otro tipo de Trasplante indicar _____

MOTIVO SOLICITUD:

SEROTECA MENSUAL DONANTE CADAVER (Fonasa 0305123)
SEROTECA DONANTE VIVO (Fonasa 0305123)

ESTUDIO PRE TRASPLANTE

Paciente en programa Estudio post transfusión Fecha transfusión: _____Estudio por desensibilización Fecha ultima dosis en desensibilización: _____

Drogas y esquema utilizado: _____

ESTUDIO POST TRASPLANTE

Seguimiento post Trasplante Estudio rechazo Fecha trasplante: _____Tipo rechazo _____ Biopsia realizada SI NO Por realizar

Conclusiones biopsia: (Adjuntar fotocopia del informe o enviar por Fax cuando se disponga de él): _____

Nefrectomía del trasplante SI NO Fecha: _____

Indique Inmunosupresión en uso. Si recibió anticuerpos poli o monoclonales y/o gammaglobulina, indicar tipo, período, dosis y fecha última dosis: _____

EXAMENES SOLICITADOS Anticuerpos a-HLA clase I y II screening Luminex (Fonasa 0305111)
Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales Clase I (Fonasa 0305113) Clase II (Fonasa 0305114) Alo Crossmatch LT /LB Cit. Flujo (Fonasa 0305110) Células congeladas donante cadáver Donante vivo Nombre donante: _____

CENTRO PROCEDENCIA _____ CENTRO TRASPLANTE: _____

PROFESIONAL CENTRO TRASPLANTE: _____ RUT: _____

FECHA: _____ FONO _____ FIRMA: _____

PROFESIONAL/TECNICO QUE TOMA LA MUESTRA: _____ FECHA: _____ HORA _____

MUESTRA TOMADA EN ISP: SI NO

INSTRUCCIONES GENERALES

1. El formulario debe ser llenado por el médico tratante del centro de trasplante, con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. Horario de Toma de muestra y/o recepción de sueros para determinación de anticuerpos (sangre sin aditivo o suero) del receptor, extraídas en el ISP o en Centros de trasplante se reciben hasta las 12 horas, sin hora previamente agendada de lunes a viernes.
3. Horario de Toma de Muestras y de recepción muestras de Santiago, en el Instituto de Salud Pública, para Alo Crossmatch es de 8:00 a 10:00 hrs. de lunes a jueves con hora previamente solicitada
4. La solicitud de hora para Alo Crossmatch debe ser solicitada a la Sección Gestión de Muestras, vía mail horahistocompatibilidad@ispch.cl Consultas a fonos 225755205-225755209
5. Las muestras para Alo Crossmatch provenientes de región se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. de lunes a jueves con hora previamente solicitada.
6. Las muestras deben ser rotuladas en cada tubo con el Nombre del paciente y Fecha de la extracción de la muestra. En el formulario se debe indicar además la hora de la toma de la muestra.
7. En las solicitudes de Alo Crossmatch postrasplante con donante cadáver se debe consultar previamente si existe disponibilidad de células congeladas en el Laboratorio.

8. TIPO DE MUESTRAS Y TRANSPORTE

EXAMEN	PACIENTE	DONANTE	TRANSPORTE
Anticuerpos a-HLA clase I y II screening y / o Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales	<p><u>Adulto:</u> 10ml sangre sin aditivos o 5ml de suero en tubo sellado tapa rosca o goma.</p> <p><u>Niños:</u> 5 ml sangre sin aditivo o 3 ml de suero</p>		<p><u>Sangre total:</u> a temperatura ambiente, no superando los 25°C y sin congelar. Debe ser recibida en el laboratorio antes de las 24 horas después de extraída.</p> <p><u>Suero:</u> utilizar unidades refrigerantes. Los sueros pueden ser mantenidas entre 4° y 8°C (refrigerador) hasta 48 horas como máximo antes de ser enviados. Sobre ese tiempo, los sueros deben ser congelados y mantenidos entre -20°C y -70°C y enviados con hielo seco.</p>
Alo Crossmatch LT /LB	<p><u>Adulto:</u> 10ml sangre sin aditivos o 5 ml suero</p> <p><u>Niño:</u> 5 ml sangre sin aditivos o 3 ml suero.</p>	30 ml sangre con Heparina (solo en <u>Alo Crossmatch con donante vivo</u>)	<p><u>Sangre total sin aditivos y/o suero:</u> los requisitos son los indicados en punto anterior</p> <p><u>Sangre con heparina:</u> a temperatura ambiente sin sobrepasar los 25°C y sin congelar. Debe ser recepcionado en el laboratorio antes de 24 horas después de extraída</p>

Se exige triple embalaje a cualquiera de las formas de envío de la muestra.

10. RESULTADOS Indique con relación al resultado

Envío por correo postal Retira estafeta acreditado Retira paciente

NOTA: Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del Centro de Procedencia y/o Trasplante.