

| | |
|---------------------------|---|
| Nombre del trámite | DETERMINACION AUTO CROSSMATCH LINFOCITOS T Y B POR CITOMETRÍA DE FLUJO |
| Código | 2220033 |
| Descripción | <p>Identificación de autoanticuerpos HLA específicos contra linfocitos T y B en receptores candidatos a trasplante por metodología de Citometría de Flujo.</p> <p>Este examen se realiza junto a la determinación de ALOCROSSMATCH LINFOCITOS T Y B POR CITOMETRÍA DE FLUJO (cód: 2220029)</p> |
| Detalles | <p>Ensayos: Determinación de Auto crossmatch linfocitos T y B.</p> <p>Métodos: Citometría de flujo.</p> <p>Requisitos previos: No aplica</p> <p>Tipo de Muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Receptor: Sangre sin aditivo, en tubo al vacío o suero y Sangre con heparina. <p>Volumen muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Volumen muestra pediátrica receptor: 5ml sangre sin aditivo o 3ml suero. – Volumen muestra adulto receptor: 10 ml sangre sin aditivo o 5ml suero. – Volumen muestra receptor: 30 ml sangre con heparina. <p>Criterio de aceptación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra correctamente identificada (tubo y formulario). • Tubo rotulado con nombre completo del paciente. • Tubo cerrado hermético. • Recepción en el laboratorio antes de 48 hrs de extraída. • Casos excepcionales son autorizados por la jefatura. • Requiere agendar hora previamente en horashistocompatibilidad@ispch.cl <p>Condiciones de almacenamiento y transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Almacenamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Sangre: Conservar a temperatura ambiente hasta 25°C. No congelar. – Suero: conservar en refrigeración entre 2 y 8°C con unidades refrigerantes hasta 48 horas. Sobre ese tiempo, congelar y mantener entre –20 y –70 °C y enviados con hielo seco. • Transporte: triple embalaje. <p>Criterio de rechazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra sin formulario de solicitud. • Tubos sin rotular o con rótulo inadecuado. • Tubos primarios quebrados o muestra derramada en el contenedor secundario. • Discordancia entre la identificación del formulario y los datos de la muestra. • Muestra fuera del rango de temperatura solicitado. • Incumplimiento del tiempo de toma de muestra. |

| | |
|--|---|
| | |
| Beneficiarios | Usuarios públicos y privados derivados de centro de trasplante. |
| Documentos requeridos | <ul style="list-style-type: none"> – Formulario Solicitud de Exámenes de Histocompatibilidad Ingreso/Reingreso a Programa de Trasplante – Formularios solicitud exámenes de histocompatibilidad en trasplante de progenitores hematopoyéticos. |
| Paso a paso: ¿cómo realizar el trámite? | <p>1. Trámite presencial:</p> <p>Procedimiento de envío, recepción y entrega de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Preparación de la muestra Reunir los antecedentes y documentación mencionados en el punto anterior. – Entrega de la muestra <ul style="list-style-type: none"> – Entrega presencial: Dirigirse a la Sección de Gestión de Muestras del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), Av. Marathon N°1000, Ñuñoa, Santiago. – Envío por estafeta o courier: Entregar la documentación requerida en la recepción, donde se proporcionará un comprobante de recepción. – Si la muestra es tomada en el ISP: Dirigirse al área de Atención Usuario. – Horarios de atención: Agendar su hora previamente a través del correo electrónico horashistocompatibilidad@ispch.cl de la Sección Gestión de Muestras. Las consultas se pueden hacer a los fonos 225755205-225755209. – Toma de muestras (ISP): 8:00 a 12:00 hrs., de lunes a jueves. – Recepción de muestras: 8:00 a 12:00 hrs., de lunes a jueves. – Pago de arancel <ul style="list-style-type: none"> – Cancelar el arancel en la caja ubicada en el mismo piso, presentando el comprobante de recepción. – Exentos de pago: pacientes o instituciones con convenio vigente, presentando comprobante de recepción. – Proceso analítico y entrega de resultados El laboratorio del ISP efectuará el análisis correspondiente. En los casos en que se emita informe de resultados, estos podrán ser entregados mediante las siguientes modalidades: <ul style="list-style-type: none"> – Retiro presencial: por paciente o cliente, con comprobante de recepción. – Retiro por terceros: requiere fotocopia de la cédula de identidad del paciente, poder notarial simple que autorice al tercero y comprobante de recepción. – Envío de resultados a Centros de Trasplante públicos y privados: solo a correos electrónicos institucionales acreditados. – Retiro por estafetas: No aplica |

| | |
|---------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> – Envío desde Oficina de Partes ISP: No aplica – Consultas online a través de plataforma SIAC https://siac.ispch.gob.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS |
| Tiempo realización | 4 días hábiles. |
| Vigencia | Determinada por indicación médica, 45 días o 15 días después de un evento sensibilizante. |
| Costo | Ver Costo |
| Marco legal | <p>Ley N° 19.880, Establece Bases de los Procedimientos administrativos que rigen de los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.</p> <p>Ley 19451 Establece normas de trasplante y donación de órganos.</p> |