

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

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ R.U. T/Pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

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 o es derivado por este a un centro privado												
<input type="checkbox"/> Paciente se atiende en sistema privado bajo modalidad de libre elección												

**PROGRAMA TRASPLANTE**

Renal con Donante Cadáver  Renal con Donante Vivo  Corazón  Pulmón  Páncreas   
Otro \_\_\_\_\_

**MOTIVO SOLICITUD:**

SEROTECA MENSUAL DONANTE CADAVER  SEROTECA DONANTE VIVO

**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

Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales (Luminex) Clase I  Clase II

Alo Crossmatch LT /LB (Citometría de Flujo)  Células congeladas donante cadáver

Donante vivo  Nombre donante: \_\_\_\_\_

CENTRO TRASPLANTE: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

MEDICO CENTRO TRASPLANTE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

PERSONA 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 XM por Citometría de Flujo es de 8:00 a 10:00 hrs. de Lunes a Jueves con hora previamente solicitada
4. La hora para AloXM por Citometría de Flujo debe ser solicitada a la Sección Gestión de Muestras, vía e-mail [horahistocompatibilidad@ispch.cl](mailto:horahistocompatibilidad@ispch.cl) Consultas a fonos 25755205-25755209
5. Las muestras para AloXM por Citometría de Flujo provenientes de provincia se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. de Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
6. **Si el paciente no ha entrado a diálisis debe explicitarlo.**
7. 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.
8. En las solicitudes de AloXM Citometría de Flujo postrasplante con donante cadáver se debe consultar previamente si existe disponibilidad de células congeladas en el Laboratorio.

### 9. TIPO DE MUESTRAS Y TRANSPORTE

EXAMEN	PACIENTE	DONANTE	TRANSPORTE
Identificación de anticuerpos anti-HLA	<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>Sangretotal:</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 <b>unidades refrigerantes</b>. Los sueros pueden ser mantenidas entre 2º y 8ºC (refrigerador) hasta 48 horas como máximo antes de ser enviados. Sobre ese tiempo, los sueros deben ser congelados y mantenidos entre -20ºC y -70ºC y enviados con hielo seco.</p>
Alo XM 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 Alo Crossmatch con donante vivo)	<p><u>Sangretotal sin aditivos y 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 recepcionada en el laboratorio antes de 24 horas después de extraída</p>

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

**NOTA: Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del profesional que firma la solicitud.**