

**FORMULARIO SOLICITUD DE EXAMENES DE HISTOCOMPATIBILIDAD  
INGRESO/REINGRESO A PROGRAMA DE TRASPLANTE**

RG-005-IT-221.10-001

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	<input type="checkbox"/> PRAIS	<input type="checkbox"/> ISAPRE	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> FFAA
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						

Grupo Sanguíneo (incluir copia Banco Sangre): \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA TRASPLANTE**

<b>INGRESO</b> <input type="checkbox"/>	<b>REINGRESO</b> <input type="checkbox"/>	<b>ACTIVO</b> <input type="checkbox"/>	<b>INACTIVO</b> <input type="checkbox"/>
Renal con Donante Cadáver <input type="checkbox"/>	Riñón - Páncreas <input type="checkbox"/>	Corazón <input type="checkbox"/>	Corazón - Pulmón <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/>
Renal con Donante Vivo <input type="checkbox"/>	Páncreas <input type="checkbox"/>	Hígado <input type="checkbox"/>	Hígado-Riñón <input type="checkbox"/>
Paciente en diálisis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Otro Trasplante <input type="checkbox"/> indicar _____		

**EVENTOS SENSIBILIZANTES**

Trasplantes previos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Número	<input type="text"/>	Fecha(s):	_____
Embarazos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Número	<input type="text"/>		
Transfusiones	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Fecha(s):	_____		

**EXAMENES SOLICITADOS**

Tipificación HLA – ABDR	<input type="checkbox"/>	Tipificación HLA – DQ	<input type="checkbox"/>
Tipificación HLA-C	<input type="checkbox"/>	Tipificación HLA – DP	<input type="checkbox"/>
Anticuerpos a-HLA Clase I y II screening (Luminex)	<input type="checkbox"/>	Autocrossmatch LT/LB (C Flujo)	<input type="checkbox"/>
Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales:		Clase I (Luminex) <input type="checkbox"/>	Clase II (Luminex) <input type="checkbox"/>

**PROGRAMA DONANTE VIVO**

**NOMBRE DONANTE:** \_\_\_\_\_ **RUT/Pasaporte** \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo (Copia Banco) \_\_\_\_\_

Tipificación HLA – ABDR  Tipificación otro locus \_\_\_\_\_ Alo Crossmatch LT/LB (C Flujo)

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 profesional del Centro de Trasplante (con firma registrada en el I.S.P), con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. \*Para pacientes extranjeros deben contar con certificado de residencia en Chile para el ingreso a programa Cadáver.
3. **Si el paciente no ha entrado a diálisis debe explicitarlo.**
4. Todo paciente que se realice exámenes de ingreso a programa de trasplante debe traer fotocopia de resultado de Grupo Sanguíneo y Rh, realizado en Banco de Sangre o Laboratorio Clínico. Los receptores ingresados al programa de trasplante con donante cadáver que no adjunte esta fotocopia quedarán momentáneamente fuera de selección hasta que se disponga de este examen.
5. La hora para los exámenes debe ser solicitada a la Sección Gestión de Muestras, vía e-mail [horahistocompatibilidad@ispch.cl](mailto:horahistocompatibilidad@ispch.cl) y consultas a fonos 225755205-225755209
6. Horario de Toma de Muestras en el Instituto de Salud Pública: Crossmatch, Tipificación HLA o Determinación de anticuerpos es de 8:00 a 10:00 hrs. De lunes a jueves con **hora previamente solicitada**.
7. Las muestras provenientes de provincia o Centros de trasplante de Santiago para Crossmatch, Tipificación HLA o Determinación de anticuerpos se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. De lunes a jueves con **hora previamente solicitada**.
8. Muestras para tipificación o Re tipificación HLA deben provenir de pacientes sin transfusiones en las últimas 72 horas.
9. Las muestras que vienen extraídas deben ser rotuladas con Nombre del paciente, Fecha y hora de la extracción de la muestra.
10. TIPO DE MUESTRAS Y TRANSPORTE

EXAMEN	PACIENTE	DONANTE	TRANSPORTE
Tipificación o retipificación HLA- A,B,DR, DQ,DP y/o C	<u>Adulto:</u> 12 ml sangre con EDTA (mínimo 2 tubos) <u>Niños:</u> 8 mL de sangre con EDTA (mínimo 2 tubos).	<u>Adulto:</u> 12 ml sangre con EDTA (mínimo 2 tubos).	Temperatura ambiente, sin exceder los 25° C y sin congelar. Las muestras deben ser recepcionadas antes de 24 horas después de extraídas
Anticuerpos a-HLA Screening ó Especificidad.	<u>Adulto:</u> 10 ml sangre sin aditivos o 5 ml de suero en tubo sellado tapa rosca o goma. <u>Niños:</u> 5 ml sangre sin aditivo o 3 ml de suero		<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. <u>Suero:</u> utilizar <b>unidades refrigerantes</b> . Los sueros pueden ser mantenidas entre 2° 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.
Auto XM LT/ LB	<u>Adulto:</u> a)10ml sangre sin aditivos o 5 ml suero <b>y</b> b) 30 ml sangre con heparina <u>Niño:</u> a) 5 ml sangre sin aditivos o 3 ml suero <b>y</b> b) 30 ml sangre con heparina		<u>Sangre total sin aditivos o suero:</u> los requisitos son los indicados en punto anterior <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
Alo XM LT/ LB	<u>Adulto:</u> 10ml sangre sin aditivos o 5 ml suero <u>Niño:</u> 5 ml sangre sin aditivos o 3 ml suero.	-30 ml sangre con heparina	Los requisitos son los mismos que para el punto anterior

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.