

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

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

☐ PRAIS

☐ ISAPRE

☐ Particular

☐ FFAA

En pacientes FONASA indicar si:

☐ Paciente se atiende en sistema público o es derivado por este a un centro privado

☐ Paciente se atiende en sistema privado bajo modalidad de libre elección

Grupo Sanguíneo (incluir copia Banco Sangre): _____ Peso: _____ Talla _____

Diagnóstico: _____

PROGRAMA TRASPLANTE

INGRESO☐

REINGRESO☐

ACTIVO☐

INACTIVO☐

Renal con Donante Cadáver☐

Riñón - Páncreas☐

Corazón☐

Corazón - Pulmón☐

Pulmón☐

Renal con Donante Vivo☐

Páncreas☐

Hígado☐

Hígado-Riñón☐

Paciente en diálisis

☐ SI

☐ NO

Otro Trasplante☐ indicar _____

EVENTOS SENSIBILIZANTES

Trasplantes previos

NO☐

SI☐

Número

Fecha(s): _____

Embarazos

NO☐

SI☐

Número

Transfusiones

NO☐

SI☐

Fecha(s): _____

EXAMENES SOLICITADOS

Tipificación HLA – ABDR☐

Tipificación HLA – DQ☐

Tipificación HLA-C☐

Tipificación HLA – DP☐

Anticuerpos a-HLA Clase I y II screening (Luminex)☐

Autocrossmatch LT/LB (C Flujo)☐

Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales:

Clase I (Luminex)☐

Clase II (Luminex)☐

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 TRANSPLANTE: _____

PROFESIONAL CENTRO TRANSPLANTE: _____ 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 debe indicarse si posee RUT provisorio.
- 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 horashistocompatibilidad@ispch.cl y consultas a fonos 225755205-225755288
- 6. Horario para la toma de muestras en ISP para exámenes de Histocompatibilidad (Crossmatch y Tipificación HLA) es de 8:00 a 10:00 hrs., de lunes a jueves con hora previamente agendada.
- 7. La recepción de muestras provenientes de provincia o Centros de trasplante de Santiago para exámenes de Histocompatibilidad (Crossmatch y Tipificación HLA) se realiza entre 8:00 a 12:00 hrs. De lunes a jueves con hora previamente agendada.
- 8. La toma y/o recepción de muestras para la determinación de anticuerpos anti HLA, se realiza entre los mismos días y horarios indicados en los puntos 6 y 7 anteriores, sin hora previamente agendada.
- 9. Muestras para tipificación o Re tipificación de alelos HLA deben provenir de pacientes sin transfusiones en las últimas 72 horas.
- 10. Las muestras que vienen extraídas deben ser rotuladas con Nombre del paciente, Fecha y hora de la extracción de la muestra.
- 11. TIPO DE MUESTRAS Y TRANSPORTE:

*NO USE TUBOS CON ANTICOAGULANTE QUE CONTENGAN GEL SEPARADOR

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 25º 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 25ºC y sin congelar. Debe ser recibida en el laboratorio antes de las 24 horas después de extraída. <u>Suero:</u> utilizar unidades refrigerantes . Los sueros pueden ser mantenidas entre 4º 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.
Auto XM LT/ LB	<u>Adulto:</u> a)10ml sangre sin aditivos o 5 ml suero y b) 30 ml sangre con heparina <u>Niño:</u> a) 5 ml sangre sin aditivos o 3 ml suero y 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 25ºC 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.