

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

Nombre Paciente: _____ R.U.T Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____

Previsión: Fonasa ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D Isapre ☐ Particular ☐ F.F.A.A. ☐ Otro: _____

Diagnóstico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Región: _____ Fono: _____

PROGRAMA TRASPLANTE

Renal con Donante Cadáver ☐ Renal con Donante Vivo ☐ Corazón ☐ Corazón Pulmón ☐ Pulmón ☐
Páncreas ☐ Riñón Páncreas ☐ Córnea ☐ Hígado Riñón ☐
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 ☐ Anticuerpos linfocitotóxicos (CDC) ☐

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 / FAX _____

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 (CDC o Citometría de Flujo) es de 8:00 a 10:00 hrs. de Lunes a Jueves con hora previamente solicitada
4. La hora para AloXM (CDC o Citometría de Flujo) debe ser solicitada a la Sección Gestión de Muestras, vía mail cdelano@ispch.cl Consultas a fonos 25755204-25755205-25755208-25755209
5. Las muestras para AloXM (CDC o 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
Anticuerpos linfocitotóxicos Identificación de antígenos HLA individuales	<u>Adulto:</u> 10ml sangre sin aditivos o 5ml 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 unidades refrigerantes . Los sueros pueden ser mantenidas entre 4º 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.
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 (solo en <u>Alo Crossmatch con donante vivo</u>)	<u>Sangre total sin aditivos y 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

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 profesional que firma la solicitud.