

**FORMULARIO SOLICITUD EXAMENES DE HISTOCOMPATIBILIDAD EN
TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYETICOS**

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	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												

DIAGNOSTICO: Fecha Diagnóstico: _____

Aplasia medular severa

Leucemia mieloide crónica 1ª Fase crónica Otro: _____

Leucemia mieloide aguda Recaída Remisión completa Otro: _____

Leucemia Linfoblástica aguda Alto riesgo Riesgo estándar con recaída tardía

Otro (especificar): _____

USO DE INMUNOSUPRESORES: Rituximab Timoglobulina IgIV

Fecha Administración última dosis: _____

EXAMENES SOLICITADOS A RECEPTOR

Inicial Verificación

Tipificación HLA – ABDR

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

EXAMENES DE POTENCIALES DONANTES

Inicial Verificación

NOMBRE DONANTE 1 _____ **RUT** _____

Relación: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____

Tipificación HLA – ABDR AloXM- LT/LB (C.Flujo)

NOMBRE DONANTE 2 _____ **RUT** _____

Relación: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____

Tipificación HLA – ABDR AloXM- LT/LB (C.Flujo)

Relación: _____ Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____

Tipificación HLA – ABDR AloXM- LT/LB (C.Flujo)

CENTRO PROCEDENCIA _____ Fono / mail _____

CENTRO TRASPLANTE: _____ Fono / mail _____

MEDICO PROCEDENCIA : _____ RUT _____

FIRMA _____ FECHA _____

Persona que Toma de Muestras _____ Fecha _____ Hora _____

Muestra Tomada en el ISP SI NO

INSTRUCCIONES GENERALES

1. El formulario debe ser llenado por el médico tratante del centro de trasplante y/o procedencia, con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. Para todas las muestras debe solicitarse hora a la Sección Gestión de Muestras, al e-mail horashistocompatibilidad@ispch.cl consultas a fonos 225755205-225755209.
3. Muestras para tipificación HLA ABDR o retipificación HLA ABDR sin transfusiones en las últimas 72 horas.
4. Horario de Toma de Muestras en el Instituto de Salud Pública es de 8:00 a 10:00 hrs. de Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
5. Las muestras provenientes de provincia o centros de trasplante de Santiago para Alo XM (C. Flujo), Tipificación HLA o determinación de anticuerpos se recibirán de 8:00 a 12:00 hrs. De Lunes a Jueves con hora previamente solicitada.
6. Muestras de suero para especificidad de anticuerpos se recibirán de 08:00 a 16:00 de Lunes a Jueves.
7. Las muestras que vienen extraídas deben ser rotuladas con Nombre del paciente, Fecha y hora de la extracción de la muestra
8. TIPO DE MUESTRA Y TRANSPORTE:

EXAMEN	PACIENT	DONANTE	TRANSPORTE
Tipificación HLA-ABDR ó Retipificación AB y DR	<u>Adulto:</u> 12 ml sangre con EDTA (mínimo 2 tubos). <u>Niños:</u> 8 ml 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 recepcionados antes de 24 horas después de extraídas
Especificidad de anticuerpos con antígenos 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 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.
Alo XM LT/ LB	<u>Adulto:</u> 10ml sangre sin aditivos o 5ml de suero. <u>Niños:</u> 5 ml sangre sin aditivo o 3 ml de suero	-30 ml sangre con heparina	Los requisitos son los mismos que para el punto anterior

9. Para el transporte de muestras se exige triple embalaje a cualquiera de las formas de envío.

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