



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

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 y/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 de Ingreso a Lista: _____

PROGRAMA TRASPLANTE

INGRESO <input type="checkbox"/>	REINGRESO <input type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	INACTIVO <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 tipo de Trasplante <input type="checkbox"/> indicar _____		
Centro de diálisis (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 (Fonasa 0305117) <input type="checkbox"/>	Tipificación HLA – DQ (Fonasa 0305121) <input type="checkbox"/>
Tipificación HLA-C (Fonasa 0305119) <input type="checkbox"/>	Tipificación HLA – DP (Fonasa 0305120) <input type="checkbox"/>
Anticuerpos a-HLA Clase I y II screening (Fonasa 0305111) <input type="checkbox"/>	Autocrossmatch LT/LB Citometría Flujo (Fonasa 0305112) <input type="checkbox"/>
Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales:	Clase I (Luminex) <input type="checkbox"/> (Fonasa 0305113)
	Clase II (Luminex) <input type="checkbox"/> (Fonasa 0305114)

PROGRAMA DONANTE VIVO

NOMBRE DONANTE: _____ **RUT/Pasaporte** _____

Fecha Nacimiento _____ Relación _____ Sexo: _____ Grupo sanguíneo (Copia Banco) _____

Tipificación HLA – ABDR (Fonasa 0305117)

Tipificación otro locus _____ (código Fonasa) _____

Alo Crossmatch LT/LB (C Flujo) (Fonasa 0305110)

CENTRO PROCEDENCIA _____ CENTRO TRASPLANTE: _____

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. La ausencia de información constituirá causal de rechazo de las muestras
2. *Para pacientes extranjeros debe indicarse si posee residencia en Chile
3. **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 este examen quedarán momentáneamente fuera de selección hasta que se disponga de la copia.
4. ***Se debe explicitar si el paciente ha entrado o no a diálisis.
5. La hora para los exámenes debe ser solicitada a la Sección Gestión de Muestras, vía e-mail 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 HLA deben provenir de pacientes sin transfusiones durante las últimas 72 horas.
9. Las muestras 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 HLA-A,B,C,DR,DP y/o DQ	<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 recepcionado antes de 24 horas después de extraídas
Anticuerpos a-HLA Clase I y II screening y Especificidad anticuerpos con antígenos HLA individuales clase I y/o II	<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 unidades refrigerantes . Los sueros pueden ser mantenidas entre 4° 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 Crossmatch 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 del receptor</u> con los mismos requisitos indicados en punto anterior <u>Sangre con heparina del receptor:</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 Crossmatch 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	<u>Sangre total sin aditivos o suero del receptor</u> con los mismos requisitos indicados en punto anterior <u>Sangre con heparina del donante:</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.

11. RESULTADOS Indique con relación al envío de resultados:

Envío por correo postal Retiro por estafeta acreditado Retiro por paciente

NOTA: Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del Centro de Procedencia y/o Trasplante.