

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE O RECEPTOR

Nombres y apellidos completos: _____ Grupo sanguíneo: _____

Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PA No. _____ Edad: _____ Género: F ☐ M ☐Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD** Lugar de nacimiento: _____Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Afrocolombiano ☐ Indígena ☐ Mestizo Otro, ¿cuál?: _____**EXAMEN SOLICITADO**☐ HLA ☐ PRA Cualitativo ☐ PRA Cuantitativo ☐ Antígeno Aislado LSA ☐ Pruebas Cruzadas Donante Receptor**DETALLES DE LA MUESTRA**Tipo de muestra biológica: ☐ Sangre Total con EDTA ☐ Sangre Total con ACD/Heparina ☐ SueroFecha de toma de muestra: **AAAA MM DD** Hora de toma de muestra: _____

Muestra tomada por: _____ IPS Trasplantadora/Médico solicitante: _____

DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA☐ Ingreso a lista de espera ☐ Seguimiento en lista de espera ☐ Seguimiento del trasplante ☐ Rechazo del órganoQue órgano le van a trasplantar: ☐ Riñón ☐ Médula ósea ☐ Corazón ☐ Pulmón ☐ Hígado☐ Autoinmunidad Cuál?: _____**ANTECEDENTES CLÍNICOS**

¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Leucemias/Linfomas | ☐ Nefritis Lúpica |
| ☐ Hipertensión | ☐ Síndrome de Alport | ☐ Enfermedad renal poliquística |
| ☐ Enfermedad renal crónica | ☐ Enfermedad Autoinmune | ☐ Desconocido/Idiopático |
| ☐ Preeclampsia | ☐ Nefropatía por IgA | |
| ☐ Infecciones de vías urinarias | ☐ Insuficiencia cardíaca | |

Otro, ¿cuál? _____

EVENTOS SENSIBILIZANTES

¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o plaquetas?:

☐ Sí Fecha de última transfusión: **AAAA MM DD** ¿Cuántas unidades?: _____☐ No

¿Se encuentra en tratamiento de diálisis?:

☐ Sí, ¿cuál? ☐ Peritoneal ☐ Hemodiálisis Fecha de última diálisis: **AAAA MM DD**☐ No¿Ha estado embarazada?: ☐ Sí ☐ No ¿Cuántos embarazos?: _____¿Ha presentado Infecciones Urinarias, Bacterianas, Virales o COVID en el último año?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha sido vacunado contra el COVID?: ☐ Sí ☐ No

Ha sido trasplantado: ☐ Sí ☐ No

Solo si ha sido trasplantado responda las siguientes preguntas:

¿Qué órgano fue trasplantado?: ☐ Riñon ☐ Corazón ☐ Hígado ☐ Médula ósea ☐ Pulmón

Fecha del trasplante: AAAA MM DD

Tipo de trasplante: ☐ Donante vivo ☐ Donante Fallecido

DATOS DE LOS DONANTES

	NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO
Donante 1			
Donante 2			
Donante 3			
Donante 4			
Donante 5			
Donante 6			
Donante 7			

ENVIO DE RESULTADOS A

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Correo del médico tratante y/o institución: _____

RESULTADOS PREVIOS

Si usted cuenta con los siguientes resultados previos, por favor adjúntelos al formato:

☐ HLA Receptor ☐ HLA Donante ☐ Estudio de anticuerpos previos (PRA cualitativo, PRA cuantitativo o Antígeno Único LSA) ☐ No aplica

ESPACIO PARA EL LABORATORIO DE INMUNOGENÉTICA

Fecha de recepción de muestra: AAAA MM DD Hora de recepción de muestra: _____

	HLA	PRA	PRUEBAS CRUZADAS
TIPO DE MUESTRA	☐ Sangre Total con EDTA ☐ Suero ☐ Sangre Total en ACD/Heparina	☐ Sangre Total con EDTA ☐ Suero ☐ Sangre Total en ACD/Heparina	☐ Sangre Total con EDTA ☐ Suero ☐ Sangre Total en ACD/Heparina
TEMPERATURA DE RECEPCIÓN			
CONDICIÓN DE LA MUESTRA	☐ Óptima ☐ Lipémica ☐ Coagulada ☐ Ictérica ☐ Hemolizada	☐ Óptima ☐ Lipémica ☐ Coagulada ☐ Ictérica ☐ Hemolizada	☐ Óptima ☐ Lipémica ☐ Coagulada ☐ Ictérica ☐ Hemolizada

Muestra recibida por: _____