

DATOS DEMOGRÁFICOS

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: _____
Dirección _____ Teléfono _____
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 Suero
Fecha 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 órgano
¿Qué órgano le van a trasplantar?: Riñón Médula ósea Corazón Pulmón Hígado
 Enfermedad Autoinmune ¿cuál?: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS

¿Padece usted alguna de las siguientes enfermedades?:

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Leucemias/Linfomas	<input type="checkbox"/> Nefritis Lúpica
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Síndrome de Alport	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal poliquística
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad Autoinmune	<input type="checkbox"/> Desconocido/Idiopático
<input type="checkbox"/> Preeclampsia	<input type="checkbox"/> Nefropatía por IgA	
<input type="checkbox"/> Infecciones de vías urinarias	<input type="checkbox"/> 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			

ENVÍO 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	<input type="checkbox"/> Sangre Total con EDTA <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Sangre Total en ACD/Heparina	<input type="checkbox"/> Sangre Total con EDTA <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Sangre Total en ACD/Heparina	<input type="checkbox"/> Sangre Total con EDTA <input type="checkbox"/> Suero <input type="checkbox"/> Sangre Total en ACD/Heparina
TEMPERATURA DE RECEPCIÓN			
CONDICIÓN DE LA MUESTRA	<input type="checkbox"/> Óptima <input type="checkbox"/> Lipémica <input type="checkbox"/> Coagulada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Hemolizada	<input type="checkbox"/> Óptima <input type="checkbox"/> Lipémica <input type="checkbox"/> Coagulada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Hemolizada	<input type="checkbox"/> Óptima <input type="checkbox"/> Lipémica <input type="checkbox"/> Coagulada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Hemolizada

Muestra recibida por: _____