

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: _____

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

Trasplante renal Traplante de médula ósea Autoinmunidad Otro, ¿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 | Otro, ¿cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de vías urinarias | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | |

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 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			