



Ministerio
de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante
de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS
A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-185

PÁGINA: 1 DE 1

TRAZABILIDAD:

SOLICITUD DE INGRESO

Ciudad: Provincia: Fecha:

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA INGRESO:

Nombre del Hospital de Procedencia: (si corresponde a un Hospital del IESS, ISSFA, ISPOL adjunte la documentación del beneficiario o afiliado principal):

Coordinador de Trasplante: CÓDIGO:
(NOMBRES Y APELLIDOS)

DATOS DE IDENTIFICACION DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres: Cédula:

Lugar y Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección Domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono Domicilio: Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Persona de Referencia: Relación de parentesco:

Teléfono Domicilio: Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

DATOS CLÍNICOS DEL RECEPTOR:

Diagnóstico: CIE10:

Remisión Completa: Remisión Parcial: No respuesta:

Peso en Kg.: Talla en cm: SC/m2:

RESUMEN CLÍNICO RELEVANTE:

Describe la situación clínica al debut de la enfermedad paciente candidato a trasplante hematopoyético, adjunte los estudios, según corresponda (mielograma, citometría de flujo, estudio citogenético, estudio de líquido cefalorraquídeo, estudio genético molecular, biopsia de médula, biopsia ganglionar) y defina los factores de riesgo que permiten la indicación de trasplante de progenitores hematopoyéticos.

DEFINA EL STATUS ACTUAL DEL PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO:

Consiste en determinar la condición clínica del paciente previo al trasplante, incluya los estudios que corresponda (Hemograma, química sanguínea completa, test de hemostasia, grupo sanguíneo, mielograma, citometría de flujo para enfermedad mínima residual, estudio de líquido cefalorraquídeo, estudio citogenético, estudio genético molecular para enfermedad mínima residual, biopsia de médula, biopsia ganglionar, estudios de imagen, serología viral: hepatitis B y C, HIV, CMV, Epstein Barr, PPD, estudios de cinética de hierro: Hierro sérico, Índice de saturación de la transferrina, transferrina, ferritina.

**EN CASO DE APLASIA MEDULAR, ANEMIA DE FANCONI Y SÍNDROME MIELODISPLÁSICO
DESCRIBA LA HISTORIA TRANSFUSIONAL:**

Número de transfusiones, tipo de componente, si fueron irradiados y filtrados, etc.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES



Ministerio de Salud Pública

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT

REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-185

PÁGINA: 2 de 2

REGISTRO DEL TIPO DE TRASPLANTE:

AUTÓLOGO:

ALOGÉNICO:

RELACIONADO:

NO RELACIONADO:

Sangre Periférica

Sangre Periférica

Médula Ósea

Médula Ósea

Cordón Umbilical

Cordón Umbilical

ESTUDIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD (HLA):

Alta Resolución:

Fenotipo Receptor:

Fenotipo Donante compatible:

*Fenotipo Donante no compatible:

*Fenotipo Donante no Compatible:

*Fenotipo Donante no Compatible:

*Fenotipo Donante no Compatible:

*Se requiere fenotipo de donantes no compatibles (padres, hermanos, otros) por registro nacional de posibles donantes HLA para trasplantes no relacio-

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Apellidos y Nombres: Cédula:

Lugar y Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección Domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Persona de Referencia: Relación de parentesco:

Teléfono Domicilio: Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

CERTIFICACIÓN:

Certificamos que: _____ con número de cédula _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

de _____ años de edad, se encuentra apto para recibir trasplante hematopoyético de donador _____ y se ha realizado todos los estudios pre-trasplante necesarios para su registro y evaluación por las Unidades Médicas Acreditadas por el INDOT para este tipo de trasplante.

MÉDICO TRATANTE

NOMBRE:
C.I.

COORDINADOR DE TRASPLANTES

NOMBRE:
C.I.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES