**** **FORMULARIO INDOT-RTH-01**

**REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitud de ingreso** | |
| **Hospital de Procedencia** *(si corresponde a un hospital del IESS, ISSFA, ISPOL por favor adjunte la documentación del beneficiario o afiliado principal)* **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Fecha de solicitud:** | |
| **Coordinador de trasplante:** | **Código:** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL RECEPTOR** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** | | | | | | | |
| **Edad:** | | **N.- Cédula:** | | | | **Nacionalidad:** | |
| **Dirección:** | | | **Teléfono:** | | | | **Email:** |
| **Provincia:** | | | | **Cantón:** | | | |
| **Persona de referencia:** | | | | | | | |
| **Relación de parentesco:** | | | | | | | |
| **Dirección:** | **Teléfono:** | | | | **Email:** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS CLÍNICOS DEL RECEPTOR** | | | |
| **Diagnóstico:** | | **CIE 10:** | |
| **Remisión Completa: ☐** | **Remisión Parcial: ☐** | | **No respuesta: ☐** |
| **Peso:** | **Talla:** | | **SC/m2:** |
| **Resumen clínico relevante:** *(describa 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 estatus actual del paciente candidato a trasplante Hematopoyético:** *(consiste en determinar la condición clínica del paciente previo al trasplante, por favor incluya los estudios que corresponda ( hemograma, química sanguínea completa, test de hemostasia, grupo sanguíneo, mielograma , citometría de flujo para enfermedad mínima residual, estudio de liquido 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 transfuisonal** *(número de transfusiones, tipo de componente, si fueron irradiados y filtrados, etc):* | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REGISTRO DEL TIPO DE TRASPLANTE** | | |
| **AUTÓLOGO: ☐** | | |
| **ALOGENICO:** | **Relacionado:**  Sangre Periférica ☐  Médula Ósea ☐  Cordón Umbilical ☐ | **No Relacionado:**  Sangre Periférica ☐  Médula Ósea ☐  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*

|  |
| --- |
| **DATOS DE IDENTIFICACION DEL DONANTE** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos:** | | | | | |
| **Edad:** | **N.- Cédula:** | | **Nacionalidad:** | | |
| **Dirección:** | | **Teléfono:** | | | **Email:** |
| **Provincia:** | | **Cantón:** | | | |
| **Persona de referencia:** | | | | | |
| **Relación de parentesco:** | | | | | |
| **Dirección:** | | **Teléfono:** | | **Email:** | |

|  |
| --- |
| **CERTIFICACION** |
| Certificamos que: el (Sr, Sra, Stra. Niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, con número de cédula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 hospitalarias acreditadas por el INDOT para este tipo de trasplante.  Atentamente,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico/a Tratante Coordinador de Trasplante |

**FORMULARIO INDOT-RTH-01**

**REGISTRO PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO**