## SOLICITUD ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTI HLA EN TRASPLANTE RENAL

**NOMBRE PACIENTE:** _____

**RUN:** _____ Grupo Sanguíneo : _____ Nacionalidad: _____

Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____ N° VALD: _____ N° REG ISP: _____

Diagnóstico: _____

Previsión: Fonasa [A] [B] [C] [D] Isapre ☐ FFAA ☐ Particular ☐

**PROGRAMA DE TRASPLANTE**

Renal Donante Vivo ☐ Renal Donante Cadáver: ☐

Trasplante Previo: No ☐ Si ☐ Fecha: _____

**ESTUDIO PRE TRASPLANTE**

Estudio Pre Trasplante ☐

Motivo de Solicitud (Evento y Fecha): _____

**ESTUDIO POST TRASPLANTE**

Seguimiento Post Trasplante: ☐ Fecha Trasplante: _____

Motivo de Solicitud: _____

**ESTUDIO POST PLASMAFÉRESIS**

Estudio Post Plasmaféresis ☐ Fecha Plasmaféresis: _____

**EXAMENES SOLICITADOS**

Especificidad Anticuerpos anti HLA clase I y clase II ☐

Centro Trasplante: _____ Centro Diálisis: _____ Fono: _____

Médico Tratante: _____ RUN: _____

Fecha Solicitud _____ Firma: _____

Fecha y Hora Toma de Muestra: _____ Procedencia: _____

Profesional/Técnico que toma la muestra: _____ Firma: _____

**NOTA: Campo Obligatorio para toma de muestra**

Fecha y hora recepción de muestra: _____

## INSTRUCCIONES GENERALES

1. El formulario debe ser llenado y firmado por el Médico o Enfermera del Centro de Trasplante autorizados por el ISP, con letra legible y la totalidad de los campos que correspondan.
2. Si el paciente no ha entrado a diálisis debe explicitarlo.
3. Rotular las muestras con Nombre y RUN del paciente, Fecha y Hora de la extracción.
4. Se exige triple embalaje para el envío. Ver "Normativa Técnica para el transporte de Sustancias Infecciosas a Nivel Nacional ISP".
5. Consultas al Laboratorio de Histocompatibilidad al fono: 632263325 / IP: 633325.

| **Especificidad Anticuerpos individuales anti clase I y clase II** | | |
|---|---|---|
| **PACIENTE** | **DONANTE** | **TRANSPORTE** |
| **Sangre total o Suero**<br><br>**Sangre total:**<br>Adulto: 8 mL sangre total sin aditivos (tubo tapa roja y/o amarilla).<br>Niños: 4 mL sangre total sin aditivos (tubo tapa roja y/o amarilla).<br><br>**Suero:**<br>Adulto: 4 mL de suero en tubo sellado tapa rosca o goma.<br>Niños: 2 ml de suero en tubo sellado tapa rosca o goma. | | **Sangre total:**<br>• Debe ser recepcionada en el laboratorio dentro de las siguientes 24 hrs desde la toma de muestra.<br>• **NO CONGELAR**<br>• Realizar transporte a temperatura ambiente, no superando los 25°C. Utilizar unidades refrigerantes si es necesario.<br><br>**Suero:**<br>• La centrifugación debe realizarse dentro de las 12 hrs después de la toma de muestra.<br>• Los sueros deben ser mantenidos entre 4°C y 8°C hasta 48 horas como máximo antes de ser recepcionados por el laboratorio. Sobre ese tiempo, los sueros deberán ser congelados y mantenidos entre -20°C y -70°C antes del envío.<br>• Utilizar cantidad de unidades refrigerantes suficientes para asegurar la mantención de la cadena de frio durante el transporte.<br>• La temperatura NO debe exceder los 15°C. Serán rechazados los envíos que no cumplan con este criterio al momento de su recepción en el laboratorio. |