

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA

TMO AUTÓLOGO

TMO ALOGÉNICO

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días Sexo: Femenino Masculino

IMAE _____

=====

Fecha de autorización del F.N.R.: ____/____/____ Fecha de ingreso a la unidad de trasplante: ____/____/____

EQUIPO:

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

Nº de caja profesional _____ Dr. _____

ESTADO AL ALTA

VIVO Fecha de alta de la unidad de trasplante: ____/____/____

Pasa a: Otro sector de internación
 Hospital de día
 Policlínica
 Institución de origen

FALLECIDO Fecha de fallecimiento ____/____/____

PROCEDIMIENTO REALIZADO

TMO Antólogo TMO Alogénico

MOVILIZACIÓN DE SCP A PARTIR DE: ____/____/____

COSECHA DE MÉDULA ÓSEA Fecha ____/____/____

COSECHA DE SCP Desde ____/____/____

Nº de procedimiento	Fecha	Celularidad
1	____/____/____	_____
2	____/____/____	_____
3	____/____/____	_____
4	____/____/____	_____
5	____/____/____	_____

Criopreservación Descenso programado Nitrógeno líquido

Purga "in vitro": No Si Cual _____

TRATAMIENTO CONDICIONANTE: Fecha ___/___/___

Tipo: PQT Plan _____ Drogas _____ Dosis _____

 Otros Cual _____
 Altura _____ cm Peso _____ kg S.C. _____ m2

VALORACIÓN HEMATIMÉTRICA:

Día del trasplante: Hto _____ Hb _____ Leucocitosis _____ Plaquetas _____
 En el nadir: Hto _____ Hb _____ Leucocitosis _____ Plaquetas _____
 Leucopenia: Inferior a 500 GB/m3 entre ___/___/___ y ___/___/___
 Entre 500 y 1000 GB/m3 entre ___/___/___ y ___/___/___
 Entre 1000 y 5000 GB/m3 entre ___/___/___ y ___/___/___

INFUSIÓN: Fecha ___/___/___ Recuento celular _____

Complicaciones _____

Se infundió el 100% de celularidad criopreservada: SI NO

USO DE FACTORES ESTIMULANTES:

G-CSF o GM-CSF Dosis _____
 Eritropoyetina Dosis _____
 Otros Dosis _____

CATETER:

Fecha de colocación: ___/___/___ Tipo _____
 Fecha de extracción ___/___/___

COMPLICACIONES

INFECCIONES

FOD
 Infección focal Cual _____
 Bacterianas Germen _____ Tratamiento _____
 Micóticas Germen _____ Tratamiento _____
 Virales Germen _____ Tratamiento _____
 Otras Germen _____ Tratamiento _____

CARDIOVASCULARES

RENALES Insuficiencia renal Otros

- PLEUROPULMONARES Cual _____
- HEPÁTICAS
 Enf. veno oclusiva hepática Grado _____ Tratamiento _____
 Otras Cual _____
- NEUROLÓGICAS Cual _____
- SANGRADOS Tipo _____
- METABÓLICAS
 Hiperuricemia
 Diselectrolitemia Cual _____
 Otras Cual _____
- ENFERMEDAD INJERTO VS HUESPED
Grado _____ Clínica _____
Método diagnóstico _____ Tratamiento _____
- OTRAS Especifique _____

CONSULTA CON OTROS ESPECIALISTAS

Cual	Causa
_____	_____
_____	_____
_____	_____

REPOSICIÓN HEMOTERÁPICA

- GR N° Vol _____ Filtro
 CPDU N° Vol _____ Irradiación
 Pla. De Pool N° Vol _____
 Otros _____ Fecha de independencia transfusional: ___/___/___

ALTA DE LA UNIDAD DE TRASPLANTE

SITUACIÓN CLÍNICA AL ALTA: _____

VALORACIÓN HEMATIMÉTRICA AL ALTA:

Hto _____ Hb _____ Leucocitosis _____ Plaquetas _____

Existencia al alta de células criopreservadas: SI NO

TRATAMIENTO AL ALTA

- Profilaxis de GVHD Cual _____
 Tratamiento de GVHD Cual _____

NECESIDAD DE TRATAMIENTO POSTERIOR

- Re-infusión de linfocitos del donante
 Tratamiento de mantenimiento por patología de base Cual _____

OTROS TRATAMIENTOS AL ALTA

COMPLETAR EN TMO Alogénico

DONANTE

Nombre _____

Edad: _____ Sexo: Fem Masc.

GRUPO: A B O

Tipificación HLA _____

CMV: Positivo Negativo

Otras serologías _____

RECEPTOR

GRUPO: A B O

Tipificación HLA _____

CMV: Positivo Negativo

Otras serologías _____

Estudio de quimeras: NO SI

Resultado _____