



LABORATORIO CENTRAL DE SALUD PÚBLICA  
AREA DE HISTOCOMPATIBILIDAD

FORMULARIO PARA ESTUDIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD  
PACIENTE PRE-TRASPLANTE

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M

Tipo de Trasplante:  Renal  Cardíaco  Hepático  CPH  Otro: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo:  O  A  B  AB Factor RH: \_\_\_\_\_

Enfermedad de base:  Diabetes  Lupus Otra: \_\_\_\_\_

Trasplantes previos:  NO  SI Fecha: \_\_\_\_\_

Donante Cadavérico  Donante Vivo Relacionado  Donante Vivo No Relacionado

Embarazos:  NO  SI Cantidad: \_\_\_\_\_

Transfusiones:  NO  SI Cantidad: \_\_\_\_\_

Fecha ultima transfusión: \_\_\_\_\_

Diálisis:  NO  Hemodiálisis  Peritoneal

Fecha de inicio de diálisis: \_\_\_\_\_

**ESTUDIOS SOLICITADOS**

- Tipificación de HLA (03257)
- Anticuerpos anti-HLA (03253)
- Seroteca (03155)
- Crossmatch Receptor (03148)

Nombre del Donante: \_\_\_\_\_

**CENTRO DE TRASPLANTE:**  H. de Clínicas  H. N. de Itauguá  IPS

H. P. Niños de Acosta Ñu  H. M. San Jorge  Otro: \_\_\_\_\_

Firma Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sello:

**LABORATORIO CENTRAL DE SALUD PÚBLICA  
AREA DE HISTOCOMPATIBILIDAD**

**INSTRUCCIONES GENERALES**

1. Todos los estudios de Histocompatibilidad Pre-Trasplante excepto Seroteca deben ser visados por el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante. El laboratorio no dará admisión a solicitudes que no cuenten con dicha visación.
2. Los estudios de Crossmatch requieren de cita. Para agendar, llamar al 021-292653 interno 116 y comunicarse con el área de Histocompatibilidad.
3. Las muestras remitidas serán recibidas de lunes a viernes de 7 a 13 horas.
4. Las muestras deben ser rotuladas en cada tubo con el Nombre del Paciente y Fecha de extracción. Las mismas deben ser remitidas al laboratorio en la brevedad posible, resguardadas del calor y siguiendo las normas de bioseguridad (triple embalaje).

Determinación	Condiciones del Paciente	Muestra
<b>TIPIFICACION DE HLA</b>	No haber recibido transfusiones en las últimas 72 horas	2.5 mL Sangre con EDTA (tubo tapa lila)
<b>ANTICUERPOS ANTI-HLA</b>	Si el paciente se hemodialisa, deben de haber transcurrido al menos 18 horas de la última hemodiálisis.	5 mL Suero (tubo seco)
<b>CROSSMATCH RECEPTOR</b>	Si el paciente se hemodialisa, deben de haber transcurrido al menos 18 horas de la última hemodiálisis.	5 mL Suero (tubo seco)
<b>SEROTECA</b>	Si el paciente se hemodialisa, deben de haber transcurrido al menos 18 horas de la última hemodiálisis.	5 mL Suero (tubo seco)
<b>CARGA VIRAL DE CITOMEGALOVIRUS EN PLASMA</b>		5 mL Sangre con EDTA (tubo tapa lila)
<b>CARGA VIRAL DE POLIOMAVIRUS EN PLASMA</b>		5 mL Sangre con EDTA (tubo tapa lila)
<b>CARGA VIRAL DE POLIOMAVIRUS EN ORINA</b>		Orina recolectada en recipientes sin conservantes. La muestra debe ser entregada al laboratorio en un tiempo menor a 4 horas.
<b>TACROLIMUS</b>	La muestra debe ser tomada justo antes de la toma del medicamento.	2.5 mL Sangre con EDTA (tubo tapa lila)
<b>CICLOSPORINA</b>	La muestra debe ser tomada justo antes de la toma del medicamento.	2.5 mL Sangre con EDTA (tubo tapa lila)

5. Una muestra remitida podría ser rechazada por cualquiera de las siguientes razones:
  - Muestra incorrecta o comprometida (hemólisis, muestras coaguladas, muestras congeladas)
  - Volumen insuficiente para el análisis.
  - Muestra no etiquetada o etiquetada incorrectamente
  - Espécimen con fugas o derrames
  - Muestra enviada en tubos de recolección incorrectos (anticoagulante incorrecto)
  - Solicitud de prueba incompleta o incorrecta
6. Los resultados de laboratorio no pueden ser dictados por teléfono, ni enviados por whatsapp, ni al e-mail del paciente o al e-mail personal del médico. Si serán enviados al correo electrónico provisto por el centro de Trasplante.