

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE O RECEPTOR

Nombres y apellidos completos: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_  
Tipo de identificación:  C.C.  C.E.  T.I.  PA No. \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: F  M   
Fecha de nacimiento: **AAAA MM DD** Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grupo étnico:  Blanco  Afrocolombiano  Indígena  Mestizo Otro, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

## EXAMEN SOLICITADO

Quimerismo pre trasplante  Quimerismo post trasplante

## DETALLES DE LA MUESTRA

Tipo de muestra biológica:  Sangre Total con EDTA  Médula Ósea con EDTA  Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
Fecha de toma de muestra: **AAAA MM DD** Hora de toma de muestra: \_\_\_\_\_  
Muestra tomada por: \_\_\_\_\_ IPS Trasplantadora/Médico solicitante: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA

Leucemia Mieloide Aguda  Leucemia Linfoide Aguda  Síndrome Mielodisplásico  Linfomas  
 Leucemia Mieloide Crónica  Aplasia Medular  Enfermedad Autoinmune  Mieloma Múltiple  
 Tumores sólidos  Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_

## TRANSFUSIONES

¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o plaquetas?:

Sí Fecha de última transfusión: **AAAA MM DD** ¿Cuántas unidades?: \_\_\_\_\_  
 No

## TRASPLANTES

¿Ha recibido trasplante de médula ósea?

Sí Nombre del donante: \_\_\_\_\_ Fecha del trasplante: **AAAA MM DD**  
 No

## DATOS DE LOS DONANTES

	NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO
Donante 1			
Donante 2			
Donante 3			
Donante 4			
Donante 5			
Donante 6			
Donante 7			