

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: _____

EXAMEN SOLICITADO

☐ Quimerismo pre trasplante ☐ Quimerismo pos 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: _____

HEMOGRAMA

Recuento de leucocitos totales: _____ miles/mm³

***Cuadro Hemático no superior a un mes**

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 PREVIOS

¿Ha recibido trasplantes previos de médula ósea?

☐ Sí Nombre del donante: _____ Fecha del trasplante: **AAAA MM DD**
☐ No

DATOS DEL DONANTE ACTUAL

	NOMBRE	CÉDULA	PARENTESCO	FECHA DE TRASPLANTE
Donante 1				AAAA MM DD