

## 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 \_\_\_\_\_