

## **REQUISITOS PARA ADMISIÓN DE PACIENTES PARA TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

***Con el fin de agilizar la gestión de turnos y los tiempos de evaluación pre-trasplante, solicitamos se remita la información debajo detallada:***

- 1. RESÚMEN DE HC ACTUALIZADO A LA FECHA DE SOLICITUD DEL TURNO, DETALLANDO TRATAMIENTOS RECIBIDOS, ESTUDIOS REALIZADOS E INTERCURRENCIAS INFECCIOSAS.**
- 2. PLANILLA DE ADMISIÓN COMPLETA (en hojas 2, 3 y 4).**
- 3. ESTUDIOS (adjuntar):**
  - ESTUDIOS DE LA PATOLOGÍA AL MOMENTO DE DX: CITOMETRÍA DE FLUJO Y/O BIOPSIA DE MÉDULA / GANGLIO, ESTUDIO CITOGÉNÉTICO, IMÁGENES, LABORATORIO, ETC.
  - ESTUDIOS DE RE-ESTADIFICACIÓN ACTUALIZADOS.
  - PET-TC (si la patología requiere).

### **4. HISTOCOMPATIBILIDAD**

#### **TRASPLANTE ALOGÉNICO CON DONANTE HISTOIDÉNTICO RELACIONADO**

Estudios del PACIENTE y DONANTE(s) – Se consideran donantes sólo hermanos de mismos padres.

Requisito necesario:

- HLA A
- HLA B
- HLA DRB1

Idealmente estudiar también:

- HLA C
- HLA DQB1

**LA INFORMACION SOLICITADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA PODER EVALUAR SI EL  
PACIENTE ES CANDIDATO A LA PRACTICA SOLICITAD**



**HNK**  
Hospital Presidente  
Néstor Kirchner



Dpto. HEMATO-ONCOLOGIA Y UTCPH  
Hospital Néstor Kirchner

Ministerio de  
**Salud Pública**

Sistema Provincial de Salud



GOBIERNO DE  
**TUCUMÁN**

## PLANILLA ADMISIÓN PRE - TMO

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE Y APELLIDO	
DNI	
FECHA NACIMIENTO	
EDAD	
ANTROPOMETRIA (peso y talla)	
TELÉFONO CONTACTO	
DOMICILIO	
COBERTURA	
CENTRO DE DERIVACION	

DATOS DE LA ENFERMEDAD	
ANTECEDENTES PERSONALES DE RELEVANCIA	
MEDICACIÓN HABITUAL	
DIAGNOSTICO	
FECHA DE DIAGNOSTICO	
ESTADIFICACION (consignar sitios comprometidos y método utilizado)	



**HNK**  
Hospital Presidente  
Néstor Kirchner



Dpto. HEMATO-ONCOLOGIA Y UCPH  
Hospital Néstor Kirchner

Ministerio de  
**Salud Pública**

Sistema Provincial de Salud



GOBIERNO DE  
**TUCUMÁN**

<b>BMO/CTG (consignar si se realizo o no y el resultado)</b>	
<b>OTROS DATOS RELEVANTES AL DX (estudio proteico, PET-TC, CMF de LCR)</b>	
<b>SCORE DE RIESGO SEGÚN CORRESPONDA DE ACUERDO CON EL DIAGNOSTICO</b>	
<b>TTO DE PRIMERA LINEA (FECHA DE INICIO Y ESQUEMA)</b>	
<b>RESPUESTA LOGRADA Y FECHA</b>	
<b>SI REALIZO PET TC DETALLAR INFORME</b>	
<b>RECAIDA/PROGRESION - FECHAS</b>	
<b>SITIOS COMPROMETIDOS (METODO DE DIAGNOSTICO)</b>	
<b>OTROS DATOS DE RELEVANCIA AL MOMENTO DE RECAIDA/PROGRESION</b>	
<b>TTO DE SEGUNDA LINEA (FECHA DE INICIO Y ESQUEMA)</b>	



**HNK**  
Hospital Presidente  
Néstor Kirchner



Dpto. HEMATO-ONCOLOGIA Y UTCPH  
Hospital Néstor Kirchner

Ministerio de  
**Salud Pública**

Sistema Provincial de Salud



GOBIERNO DE  
**TUCUMÁN**

<b>RESPUESTA LOGRADA Y FECHA</b>	
<b>SI REALIZO PET TC DETALLAR INFORME</b>	
<b>CONSIGNAR FECHA DE ULTIMA QT/TTO</b>	
<b>STATUS DE ENFERMEDAD AL MOMENTO DE REALIZAR ESTA CONSULTA</b>	
<b>PERFORMANCE STATUS AL MOMENTO DE REALIZAR LA CONSULTA</b>	
<b>OTROS DATOS QUE CONSIDERE DE INTERES:</b>	

**Datos de médico que deriva:**

- Nombre y Apellido
- Hospital:
- Teléfono de contacto:
- Mail de contacto: