



Protocolo de Registro de Trasplante de Médula Osea

1. Paciente

Apellido y Nombre DNI LE LC CI Otro Doc. Nro

Fecha de nac. Edad años Sexo *masculino* *femenino*

Domicilio Localidad Partido

Financiamiento

2. Centro de Trasplante

Nombre Fecha de trasplante

3. Tipo de Trasplante

Autólogo Alogeneico Relacionado No Relacionado Sexo del donante *masculino* *femenino* N° de embarazos del donante

Fuente del inóculo: Origen células progenitoras hematopoyéticas: MO SP MO+SP CEL. CORDON
Nacionales Extranjeras

Celularidad del inóculo: número de células CD34: x 10⁶/kg
CMN infundidas: x 10⁸/kg
CMNT infundidas: x 10⁹/kg

4. Diagnóstico

Fecha de diagnóstico Diagnóstico:

5. Estado evolutivo

Status de la enfermedad al tx: Aclaración

6. Escala del estado funcional del paciente

Status actual del paciente: ECOG 0 1 2 3 4 5 Grupo

7. Transfusiones pre-trasplante

N° de transfusiones de glóbulos rojos N° de transfusiones de plaquetas

8. Condicionamiento del Paciente

Régimen condicionante Aclaración

9. Protocolo de profilaxis. Enf. c/huésped

Enf. Injerto contra huésped Descripción

Fecha de informe

Firma y Aclaración Jefe de equipo