

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

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