

# 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 10<sup>6</sup>/kg  
CMN infundidas: \_\_\_\_\_ x 10<sup>8</sup>/kg  
CMNT infundidas: \_\_\_\_\_ x 10<sup>9</sup>/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