***Por favor, complete el formulario para TODOS LOS PACIENTES TRASPLANTADOS AFECTADOS (tanto órganos sólidos como TPH).***

***Por favor, complételo de forma electrónica o a mano y escanee y envíelo por mail a través de mails corporativos a coordinacionont@sanidad.gob.es***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS IDENTIFICATIVOS** | | | | | | | | |
| HOSPITAL | | |  | | | | | |
| CODIGO ONT (UPN si TPH) RECEPTOR | | | |  | | | FECHA DEL TX |  |
| ÓRGANO/S o TIPO TPH | | |  | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS RECEPTOR | | | | | | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | | |  | | | | | |
| NSS |  | | | | CIP |  | | |
| Persona que notifica el caso (nombre y apellidos y correo electrónico) | | | | | | | | |
| **INFORMACION DE LA INFECCION** | | | | | | | | |
| Fecha de presentación | | | | |  | | | |
| Origen sospechado de la transmisión | | | | | ⃝ Comunitario ⃝ Nosocomial | | | |
| Si Nosocomial, ¿se sospecha transmisión por el donante? ⃝ SI ⃝ NO ⃝ No se sabe | | | | | | | | |
| Se le ha realizado el cribado para COVID-19 ⃝ Sospechado/no cribado ⃝ Confirmado | | | | | | | | |
| Inmunosupresión en el momento de la presentación de la infección | | | | | | | | |
| Tacrolimus | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Ciclosporina | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| MMF | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Inhibidor mTor | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Esteroides | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Belatacept | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Globulina antitimocítica en los 3 últimos meses | | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | |
| Otros (especificar) | | ⃝ SI ⃝ NO | | |  | | | |