***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  |  |