***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 correos 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 seguimiento del caso (nombre y apellidos y correo electrónico) | | | | | | | | |
| **INFORMACION DEL SEGUIMIENTO (A COMPLETAR AL ALTA DEL PACIENTE)** | | | | | | | | |
| Ingreso hospitalario requerido | | | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | |
| Si respuesta afirmativa, fecha de ingreso | | | |  | | | | |
| Ingreso en UCI | | ⃝ SI ⃝ NO | | | Intubación | | ⃝ SI ⃝ NO | |
| Terapia anti SARS-CoV-2 *(Describa brevemente la terapia antiviral u otra utilizada, incluyendo dosis)* | | | | | | | | |
| Ajuste inmunosupresión *(Describa brevemente el ajuste de la inmunosupresión)* | | | | | | | | |
| **EVOLUCIÓN DEL PACIENTE** | | | | | | | | |
| Distrés respiratorio | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | | | |
| Fallo multiorgánico | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | | | |
| Shock séptico | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | | | |
| **RESULTADO AL ALTA** | | | | | | | | |
| Fecha de alta | |  | | | | | | |
| Fallecido | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿fue resultado del COVID-19? ⃝ SI ⃝ NO ⃝ Desconocido | | | | | | | | |
| Fallo del injerto | | ⃝ SI ⃝ NO | | | | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, ¿fue resultado del COVID-19? ⃝ SI ⃝ NO ⃝ Desconocido | | | | | | | | |