**DATOS IDENTIFICATIVOS RECEPTOR**

HOSPITAL DE TRASPLANTE………………………………………………………………………………………………………………………

CODIGO ONT RECEPTOR……………………………………….. FECHA DE TRASPLANTE……………………………………....

TIPO DE TRASPLANTE……………………………………………. FECHA DE NACIMIENTO……………………………………….

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RECEPTOR

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Persona que notifica la información

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**EPISODIO COVID-19 PREVIO AL TRASPLANTE**

1. FECHA DIAGNÓSTICO:

FORMA DE DIAGNOSTICO (*marcación múltiple*):

[ ]  Sospecha clínico-radiológica

[ ]  RT-PCR

[ ]  Serología (especificar) ………………………………………………………………………………….

1. REALIZACIÓN DE RT-PCR INICIAL: [ ]  SI [ ]  NO

*En caso de respuesta afirmativa:*

Resultado: [ ]  Positivo [ ]  Negativo

Fecha toma muestra:

Tipo muestra:

[ ]  Tracto respiratorio superior

[ ]  Tracto respiratorio inferior

[ ]  Otra (especificar) ………………………………………………………………………………….

1. ¿SE LE ADMINISTRÓ TRATAMIENTO ESPECÍFICO PARA EL COVID-19?: [ ]  SI [ ]  NO

Especificar (*marcación múltiple*):

[ ]  Hidroxicloroquina

[ ]  Azitromicina

[ ]  Inhibidor proteasa

[ ]  Remdesivir

[ ]  Esteroides

[ ]  Tocilizumab

[ ]  Antitrombóticos

[ ]  Otro (especificar) ……………………………………………………………………………………………………………………

1. PRIMERA RT-PCR NEGATIVA:

Fecha toma muestra:

Tipo muestra:

[ ]  Tracto respiratorio superior [ ]  Tracto respiratorio inferior

[ ]  Otra (especificar) ………………………………………………………………………………….

1. ¿SE HAN REALIZADO PRUEBAS ANTIGÉNICAS Y/O SEROLÓGICAS PARA CONFIRMAR NEGATIVO?:

[ ]  SI [ ]  NO

*Si respuesta afirmativa, especificar tipo test, muestra, fecha y resultado*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................

1. MANIFESTACIONES CLINICAS: [ ]  SI [ ]  NO
	1. Fecha inicio síntomas:
	2. Síntomas (*marcación múltiple*):

[ ] Infección tracto respiratorio superior

[ ] Neumonía

[ ] Síntomas gastrointestinales

[ ] Otros (especificar) ………………………………………………………………………………….

* 1. Ingreso hospitalario requerido: [ ]  SI [ ]  NO
	2. Fecha fin síntomas:

**DATOS PRE-TRASPLANTE DEL RECEPTOR**

1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS PRE-TRASPLANTE DE COVID-19: [ ]  SI [ ]  NO
2. REALIZACIÓN RT-PCR PRE-TRASPLANTE: [ ]  SI [ ]  NO

*En caso de respuesta afirmativa:*

Resultado: [ ]  Positivo [ ]  Negativo

Fecha toma muestra:

Tipo muestra:

[ ]  Tracto respiratorio superior

[ ]  Tracto respiratorio inferior

[ ]  Otra………………………………………………………………………………….

**EVOLUCIÓN POST-TRASPLANTE**

1. FECHA DE ÚLTIMO SEGUIMIENTO:
2. TEST SARS-COV-2 REALIZADOS POST-TRASPLANTE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TIPO TEST\* | TIPO MUESTRA | FECHA TOMA MUESTRA | RESULTADO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*Si prueba serológica, especificar marca comercial del test realizado*

1. SOSPECHA CLÍNICA DE COVID-19 EN EL POSTRASPLANTE: [ ]  SI [ ]  NO

Si respuesta afirmativa ***(POR FAVOR COMPLETAR NOTIFICACION CASO COVID EN TRASPLANTADO)***,

* 1. Se sospecha: [ ] Reactivación [ ] Nueva infección [ ] No se sabe
	2. Fecha diagnóstico:
	3. Forma de diagnóstico (*marcación múltiple*):

[ ]  Sospecha clínico-radiológica

[ ]  RT-PCR

[ ]  Serología (especificar) ………………………………………………………………………………….

* 1. Síntomas (*marcación múltiple*):

[ ] Infección Tracto respiratorio superior

[ ] Neumonía

[ ] Síntomas gastrointestinales

[ ] Otros: especificar

1. ESTADO DEL INJERTO: [ ] Funcionante [ ] No funcionante

*Si no funcionante,*

* 1. Causa pérdida:
	2. Fecha pérdida:
	3. ¿Es atribuible la pérdida del injerto al diagnóstico COVID-19 pre-trasplante? [ ]  SI [ ]  NO

Si respuesta afirmativa, especificar…………………………………………………………………………………

1. ESTADO DEL PACIENTE: [ ] Vivo [ ] Fallecido

*Si fallecido:*

* 1. Causa fallecimiento:
	2. Fecha fallecimiento:
	3. ¿Es atribuible el fallecimiento al diagnóstico COVID-19 pre-trasplante? [ ]  SI [ ]  NO

Si respuesta afirmativa, especificar…………………………………………………………………………………..

1. ¿SE HA PRODUCIDO ALGÚN INCIDENTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE ATRIBUIBLE AL DIAGNÓSTICO COVID-19 PRE-TRASPLANTE? [ ]  SI [ ]  NO

Si respuesta afirmativa, especificar…………………………………………………………………………………..

1. OBSERVACIONES