**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