***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  |