

HLA Sensitization History for Transplant Patients

Dear Patient:

Patient Name: _____ DOB: _____

SSN: _____

To be able to use a blood sample that has been collected from you within the prior 3 months, we need to know if you have been transfused, pregnant, sensitized through human tissue transplant or hospitalized any time during the past 4 months.

Please answer each of the following questions

Have you received a blood transfusion at any time during the last four months prior to today?

☐ NO☐ YES _____ Date of Transfusion

Have you been pregnant at any time during the last four months prior to today?

☐ NO☐ YES _____ Date of Pregnancy

Have you been transplanted with any human tissue or organ within the last four months prior to today?

☐ NO☐ YES _____ Date of Transplant

Have you been hospitalized within the four months prior to today?

☐ NO☐ YES _____ Date of Hospitalization

I certify that the above information is true and accurate. Inaccuracy may negatively impact your transplant.

Patient_____
Date_____
Witness_____
Date**NOTE: Upon completion, send immediately to the HLA Laboratory**

Antecedentes de sensibilización de HLA para pacientes que se someten a un trasplante

Estimado paciente:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

NSS: _____

Para poder utilizar una muestra de sangre que se le haya extraído en los últimos 3 meses, necesitamos saber si ha sido transfundida, embarazada, sensibilizada mediante trasplante de tejido humano u hospitalizada en cualquier momento durante los últimos 4 meses

Responda cada una de las siguientes preguntas.

¿Ha recibido una transfusión de sangre en algún momento de los últimos cuatro meses antes de hoy?

☐ NO☐ SÍ _____ Fecha de la transfusión

¿Ha estado embarazada en algún momento de los últimos tres meses cuatro de hoy?

☐ NO☐ SÍ _____ Fecha del embarazo

¿Le han trasplantado tejido o un órgano humano en los últimos cuatro meses antes de hoy?

☐ NO☐ SÍ _____ Fecha del trasplante

¿Ha sido hospitalizado en los cuatro meses anteriores a hoy?

☐ NO☐ SÍ _____ Fecha de hospitalización

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta. Si no es exacta, esto puede afectar de manera negativa al trasplante.

Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

NOTA: Al completarlo, enviarlo inmediatamente al laboratorio de HLA