

Instructivo para completar el **kit HLA** - Hospitales públicos -

Este formato deberá ser llenado por el médico del paciente. Si eres un paciente, por favor contacta a tu médico para que te lo entregue completo.



Notas importantes

- Las muestras van a llegar a Ciudad de México donde serán revisadas por Amaro Sanchez, miembro de Be The Match® México, quien luego las enviará a nuestro laboratorio de American Red Cross en USA.
- Los resultados serán compartidos al médico en un aproximado de 3 semanas desde que fueron enviadas.

El kit incluye cuatro componentes:

1.

Sobre



Dentro de él deberá de ir el cartón con hisopos.

2.

Cartón con hisopos



Se utilizarán para realizar la muestra bucal del paciente.

3.

Formato HLA impreso



Debe ser llenado por el médico del paciente, luego lo tendrá que imprimir y engrapar fuera del sobre.

4.

Consentimiento del paciente



Es de uso informativo y deberá guardarlo el paciente.

Pasos para realizar la muestra, llenar y enviar tu **kit**

1.

Toma de muestra

Necesitarás el componente #1 y #2 (sobre y cartón con hisopos)

- ☐ Abre el sobre y extrae el cartón con los hisopos estériles. Cada sobre es para 1 única persona.
- ☐ Completa la información de quien se toma la muestra con una pluma sobre el cartón.
- ☐ Toma la muestra con los hisopos tal y como se indica en las instrucciones al interior del cartón.
- ☐ Coloca cada hisopo etiquetado en el cartón, de la misma forma en que están colocados en la ilustración.
- ☐ Cierra el sobre con ayuda de la tira adhesiva que viene en la solapa.



Notas importantes

- Dentro del sobre debe estar **ÚNICAMENTE** el cartón con los hisopos (el componente #3 del kit "formato de HLA" debe de ir engrapado en el exterior y el formato #4 "consentimiento del paciente" se lo queda el mismo paciente).
- Escribir en el exterior del sobre el nombre completo de la persona a quien corresponde la muestra, si es paciente o hermano(a), y la fecha de nacimiento para identificar de quién es la muestra.



Nombre completo: _____	EXEMPT HUMAN SPECIMEN-PS
Fecha de nacimiento: _____	
Parentesco: _____	
Amaro Sanchez Endice con Be The Match Mexico Calle Montes Urdiles 404 Lomas - Virreyes, Lomas de Chapultepec V Secc., Miguel Hidalgo, 16500 Ciudad de Mexico, CDMX (WeWork Oficinas & Coworking)	

- Las muestras no caducan, tienen viabilidad de varias semanas después de realizarlas (únicamente asegúrate de guardarlas en un lugar seco y a temperatura ambiente).

2.

Llenado del formato HLA

Necesitarás el componente #3 (primero digital en PDF editable para llenarlo desde tu computadora y luego lo tendrás que imprimir)

- ☐ Abre el documento PDF editable y comienza a llenarlo desde tu computadora.
- ☐ Coloca el número de identificación de NMDP que corresponde a tu hospital.

Revisa la siguiente lista para corroborar:

- **300** Sanatorio Español Laguna Hospital.
- **320** Hospital Angeles Lomas.
- **396** Instituto Nacional de Pediatría.
- **398** Hemoterapia/Hospital Puerta de Hierro.
- **903** Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.
- **904** Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- **908** Hospital Infantil Teletón de Oncología.
- **910** ABC (American British Cowdray) Medical Center.
- **915** Hospital para el Niño Poblano.
- **916** Médica Sur.
- **917** Clínica Ruiz de Puebla.
- **919** Hospital México Americano.
- **920** Hospital TecSalud.
- **921** Hospital Español CDMX.
- **923** Hospital Angeles Puebla.
- **927** Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad.
- **929** Hospital Angeles Chihuahua.
- **930** Centro Médico del Noroeste.

- ☐ Completa cada casilla con los datos (**nombre del centro de trasplante, médico que solicita, etc.**). Es muy importante primero escribir apellidos y después nombres.

Información del Centro de Trasplante (Transplant Center (TC) Information)			
Identificación del NMDP (NMDP TC ID):	904		
Nombre del Centro de Trasplante (TC Name):	HOSPITAL INFANTIL MEXICO FG	Médico que solicita (Ordering physician name):	DR. CARLOS RODRIGUEZ



Notas importantes

- Únicamente deberá completarse la información del paciente: es decir, solo la parte superior y dejar vacía la parte de familiares (información de donador relacionado).

- Redacta el formato de fecha de la siguiente manera: **dd/mm/aaaa**.
- Llena la siguiente sección con la información del contacto del paciente (**si el paciente es menor de edad, poner la del cuidador primario**). Esta información servirá para que nuestro Centro de Apoyo a Pacientes pueda contactarlos y brindarles información, recursos y asesoría individualizada en su proceso.

Paciente

Información del Paciente (Complete esta sección en todas las muestras) Patient Information (Complete this section for all samples)			
Nombre del paciente (Apellido, Nombre(s)) Patient Name (Last, First, Middle): GONZALEZ GARCIA, JAVIER			
Número de teléfono del paciente Patient Phone Number: 55 5555 5555		Dirección de correo electrónico del paciente Patient Email Address: paciente@gmail.com	
Número de identificación NMDP (En caso de que lo conozca) NMDP RID # (if known):	Sexo (Gender): ☒ M ☐ F	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy): 01/05/2022	Diagnóstico (Diagnosis): ALL

Información del donador relacionado (Complete esta sección solamente si envía muestras del donador potencial) Related Donor Information (Complete this section only if sending a potential donor sample)			
Nombre del donador potencial (Apellidos, Nombre(s)) Potential Donor Name (Last, First, Middle):			
GRID:	Parentesco con el paciente (Relationship to patient):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy):	Sexo (Gender): ☒ M ☐ F

- Elige la resolución de la tipificación que requieras para tu paciente.
Toma en cuenta que una alta resolución tiene un mayor costo, el cual puede repercutir en el apoyo económico que se puede otorgar a los pacientes en el proceso de recolección, traslado e importación de las células madre. Si no necesitas una tipificación de alta resolución, por favor ayúdanos a solicitar la de baja resolución. **¡Juntos podremos ayudar a match pacientes!**

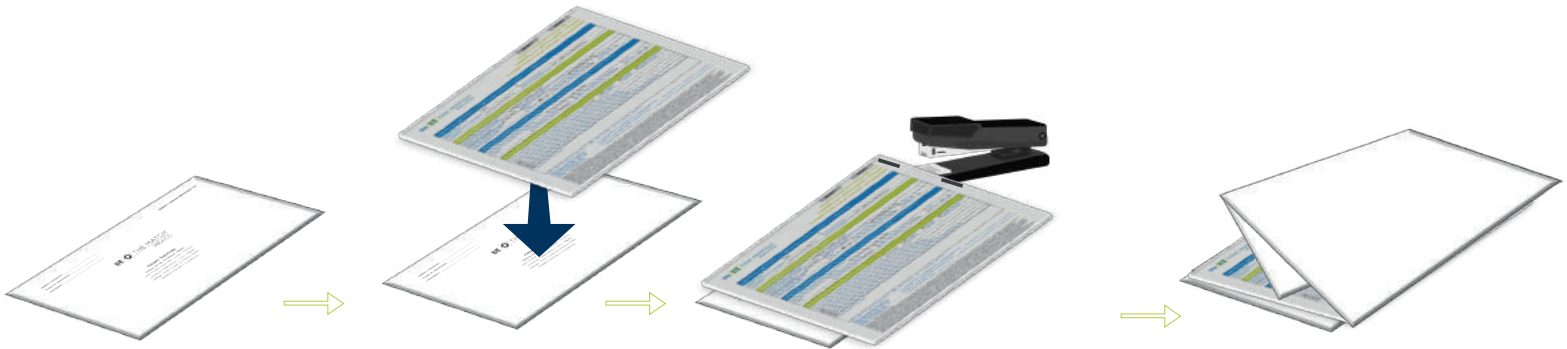
Alta resolución:
\$790USD en becas

Información de la muestra (Sample Information)	
Fecha de colección (DD/MM/AAAA) (Collection Date (dd/mm/yyyy)):	12/04/2022 ☒ Paciente ☐ Donador ☐ Donador Relacionado
Estudio de HLA a realizar (Elija una opción) (HLA Testing to be performed (choose one)):	
☒ Prueba inicial de HLA al paciente (Initial Patient HLA typing: IR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)	
☐ Prueba inicial de HLA al donador potencial (Initial Related Donor HLA typing: IR HLA-A/B/C/DRB1)	
☐ Pruebas confirmatorias de HLA al paciente (Confirmatory Patient HLA Testing: CR HLA-A/B/C/DRB1)	
☐ Pruebas confirmatorias de HLA al donador potencial (Confirmatory Donor HLA Testing: CR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)	
Comentarios (Comments):	

Baja Resolución:
\$220USD en becas

Información de la muestra (Sample Information)	
Fecha de colección (DD/MM/AAAA) (Collection Date (dd/mm/yyyy)):	12/04/2022 ☒ Paciente ☐ Donador ☐ Donador Relacionado
Estudio de HLA a realizar (Elija una opción) (HLA Testing to be performed (choose one)):	
☒ Prueba inicial de HLA al paciente (Initial Patient HLA typing: IR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)	
☐ Prueba inicial de HLA al donador potencial (Initial Related Donor HLA typing: IR HLA-A/B/C/DRB1)	
☐ Pruebas confirmatorias de HLA al paciente (Confirmatory Patient HLA Testing: CR HLA-A/B/C/DRB1)	
☐ Pruebas confirmatorias de HLA al donador potencial (Confirmatory Donor HLA Testing: CR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)	
Comentarios (Comments):	

- ☐ Imprime el formato y engrapa la hoja al sobre sellado. Asegúrate de que cada muestra corresponda al formato correcto.



Notas importantes

- Antes de enviar tu kit, asegúrate que esté de la siguiente manera:

Dentro del sobre

Cartón con hisopos (muestra previamente realizada al paciente o hermano(a)).

Fuera del sobre

Formato HLA que corresponde a la muestra. Impreso y engrapado al sobre.



El consentimiento para el paciente es meramente informativo y este se lo queda el mismo paciente o su cuidador. No es necesario regresarlo con el kit.

3.

Envío del kit HLA

Necesitarás el componente #1, #2 y #3 (el kit debe estar armado de la forma que se explica en el cuadro anterior)

- ☐ Antes de enviar el kit físico, manda por correo electrónico a asanche4@bethematch.org.mx todos los formatos HLA digitales (**componente #3**) que van engrapados a las muestras. Si no se tienen los formatos originales por correo electrónico, aunque lleguen las muestras físicamente **no se enviarán al laboratorio**. Este paso es muy importante hacerlo a la par del envío del kit físico.

- ☐ Envía el kit físico (**sobres cerrados con hojas engrapadas**) a las oficinas de Be The Match® México ubicadas en:



**Oficina de WeWork. Calle Montes Urales 424,
Lomas - Virreyes, Lomas de Chapultepec V Secc.,
Miguel Hidalgo, 11000 Ciudad de México, CDMX**

- ☐ Confirma que el destinatario del envío sea **“Amaro Sanchez”**.
☐ Elige la opción más fácil para ti para hacer el envío:

Opción 1 - Entrega en persona.

Nota: En la oficina reciben paquetería de **9:00 a 18:00 hrs. de lunes a viernes.**

**Los paquetes los reciben en seguridad/recepción del edificio.*

No te dan un acuse de recibo, pero nosotros recibiremos internamente una confirmación.

Opción 2 - Servicio de paquetería (FEDEX, DHL, Estafeta, Correos de México, etc.).

Nota: En la oficina de paquetería especificar que son documentos, ya que si saben que son muestras médicas pueden negarse a transportarlo. En algunos servicios para los envíos nacionales te solicitarán el **RFC: BMM171031I60**

Cualquier duda, contáctame.



Amaro Sanchez Larrayoz, Pharm.D.

Enlace de Centros de Trasplante Be The Match®

asanche4@bethematch.org.mx

+52 55 2087 9833