

## Instructivo para completar el **kit HLA** - Hospitales privados -

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

- El costo de la tipificación dependerá de la resolución de HLA solicitada.
- Puedes hacer el envío de muestras para paciente, donador relacionado o no relacionado.
- Se envían a la American Red Cross en EE.UU. para su análisis, con un costo de envío aproximado de \$60 USD.
- Las facturas son emitidas por ARC a nombre del hospital y se reciben en la quincena siguiente a la entrega de resultados. La factura no incluye IVA ni la cuota hospitalaria; este último se encarga de realizar el pago a NMDP México®.

El kit incluye cuatro componentes:

#### 1. Sobre



Dentro de él deberá ir el cartón con hisopos.

#### 2. Cartón con hisopos



Se utilizarán para realizar la muestra bucal del paciente y/o hermanos.

#### 3. Formato HLA impreso



[Descarga aquí](#)

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

#### 4. Permiso de COFEPRIS



[Descarga aquí](#)

Entregarlo al servicio de paquetería para que lo coloquen al exterior de tu paquete.

## 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.

Miembro de la Red de Centros de Trasplante



## 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: _____
Fecha de nacimiento: _____
Parentesco: _____
<b>Amaro Sanchez</b> Enlace con Centros de Trasplante
NMDP México® Av. Río San Joaquín 498, piso 2, Ampliación Granada, Miguel Hidalgo, 11529, Ciudad de México, México. (The Square 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.
- 398 Hemoterapia/Hospital Puerta de Hierro
- 910 ABC (American British Cowdray) Medical Center.
- 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.
- 932 Christus Muguerza Hospital del Parque.
- 933 Star Médica HIP.
- 939 Centro HOPE.

- 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 RORIGUEZ

## Miembro de la Red de Centros de Trasplante



## Notas importantes

- Para llenar los cuadros de abajo, si la muestra es de un paciente únicamente deberá completarse la información del paciente. Si el formato es de un potencial donador relacionado (hermano(a)), deberá completarse tanto la información del paciente como del hermano(a).

- 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 AGUSTIN			
Número de teléfono del paciente Patient Phone Number: 55 2793 8567	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): <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy): 08/06/2018	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): <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

### Paciente y hermano(a)

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 AGUSTIN			
Número de teléfono del paciente Patient Phone Number: 55 2793 8567	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): <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy): 08/06/2018	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): GONZALEZ GARCIA VALENTIN			
GRID:	Parentesco con el paciente (Relationship to patient): HERMANO	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) Date of Birth (dd/mm/yyyy): 14/01/2001	Sexo (Gender): <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F

- Elige la resolución de la tipificación que requieras para tu paciente. Toma en cuenta que el costo de la muestra de alta resolución es de \$1220 USD y el de baja resolución es de \$635 USD. Si no necesitas una tipificación de alta resolución, por favor ayúdanos a solicitar la de baja resolución. **¡Juntos Salvamos Vidas!**

### Paciente

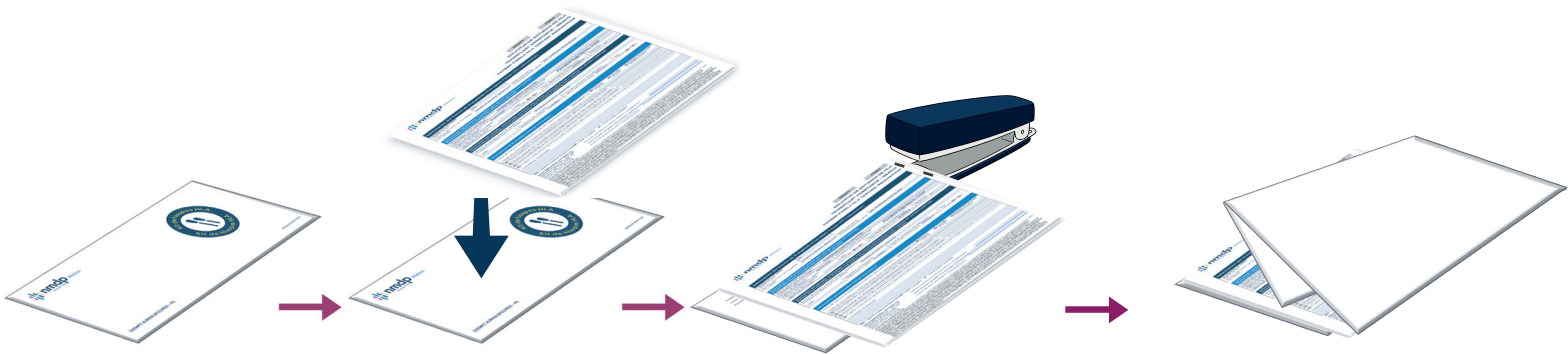
Información de la muestra (Sample Information)			
Fecha de colección (DD/MM/AAAA) (Collection Date (dd/mm/yyyy)):	15/01/2025	<input checked="" type="radio"/> Paciente (Patient)	<input type="radio"/> Donador (Donor)
Estudio de HLA a realizar (Esoja una opción) (HLA Testing to be performed (choose one)):			
<input checked="" type="radio"/> Prueba inicial de HLA al paciente (Initial Patient HLA typing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)			
<input type="radio"/> Prueba inicial de HLA al donador potencial (Initial Related Donor HLA typing: IR HLA-A/B/DRB1)			
<input type="radio"/> Pruebas confirmatorias de HLA al paciente (Confirmatory Patient HLA Testing: IR HLA-A/B/DRB1)			
<input type="radio"/> Pruebas confirmatorias de HLA al donador potencial (Confirmatory Donor HLA Testing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)			
Comentarios (Comments):			

### Paciente y hermano(a)

Información de la muestra (Sample Information)			
Fecha de colección (DD/MM/AAAA) (Collection Date (dd/mm/yyyy)):	15/01/2025	<input type="radio"/> Paciente (Patient)	<input checked="" type="radio"/> Donador Relacionado (Related Donor)
Estudio de HLA a realizar (Esoja una opción) (HLA Testing to be performed (choose one)):			
<input checked="" type="radio"/> Prueba inicial de HLA al paciente (Initial Patient HLA typing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)			
<input type="radio"/> Prueba inicial de HLA al donador potencial (Initial Related Donor HLA typing: IR HLA-A/B/DRB1)			
<input type="radio"/> Pruebas confirmatorias de HLA al paciente (Confirmatory Patient HLA Testing: IR HLA-A/B/DRB1)			
<input type="radio"/> Pruebas confirmatorias de HLA al donador potencial (Confirmatory Donor HLA Testing: HR HLA-A/B/C/DRB1345/DQ/DP)			
Comentarios (Comments):			

## Miembro de la Red de Centros de Trasplante

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



## Notas importantes

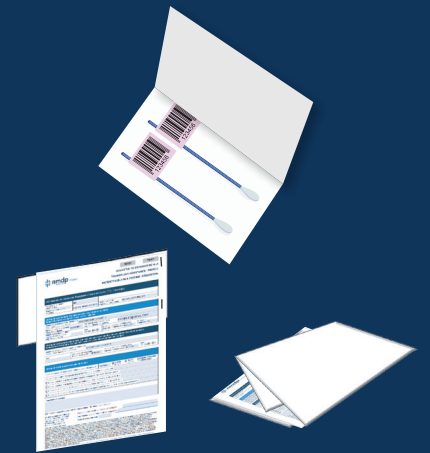
- Antes de enviar tu kit, asegúrate que esté de la siguiente manera:

### 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.



**No olvides: Entregar impreso el FORMATO COFEPRIS SWAB a los trabajadores de paquetería, para que lo coloquen al exterior del paquete y así no lo retengan en la aduana.**

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, tendrás que enviar por correo electrónico a **NMDPcasemanagement** [NMDPcasemanagement@nmdp.org](mailto:NMDPcasemanagement@nmdp.org) y **Amaro Sanchez** [asanche4@nmdp.org](mailto:asanche4@nmdp.org) los formatos HLA digitales (**componente #3**) que van engrapados a las muestras. **Este paso es muy importante hacerlo a la par del envío del kit físico, ya que si no se recibe el formato electrónico no se procesarán las muestras.**

Miembro de la Red de Centros de Trasplante

- Envía el kit físico (**sobres cerrados con hojas engrapadas**) al laboratorio de Estados Unidos a través de cualquier Servicio de paquetería (**FEDEX, DHL, Estafeta, Correos de México, etc.**).

La dirección de envío es:



**American Red Cross - HLA Lab**  
**180 Rustcraft Road , Suite 115. Dedham,**  
**Massachusetts (MA) 02026, USA**

Marina Ohashi | broers@NMDP.ORG | +1 781 410 3670



## Notas importantes

- Cuando te pidan que describas qué envías, tienes que decir que son **“HISOPOS ESTÉRILES”**. Esto es extremadamente importante si quieres que el envío sea exitoso.
- Recomendamos decir **“valor de aduana \$1 USD”** y tipo de envío **“muestra”**.
- No olvides llevar impreso el formato de **COFEPRIS (lo puedes descargar arriba)** y entregarlo a la paquetería para que lo coloquen al exterior de tu paquete, de lo contrario la muestra podría ser detenida en aduana. **Esto es vital para que llegue al destino.**
- El **precio del envío ronda entre \$50-60 USD** dependiendo el servicio de paquetería y la urgencia con que lo envías.

- Una vez el paquete llegue al laboratorio, **tardan 2-3 días en procesar** el envío y 7 días más en compartirte los resultados por email.

**Cualquier duda, contáctame.**



**Amaro Sanchez Larrayoz, Pharm.D.**

Enlace Senior de Operaciones Clínicas

[asanche4@nmdp.org](mailto:asanche4@nmdp.org)

+52 55 2087 9833

**Miembro de la Red de Centros de Trasplante**