

 Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INFORME DE IMPLANTE TEJIDOS Y/O XENOINJERTOS				FECHA: 28-01-2025	
	Versión: 04				CÓDIGO:	RG-INDOT-177
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA:	1 de 1
				TEJIDO	<input type="checkbox"/>	XENOINJERTO <input type="checkbox"/>
Fecha de reporte: _____				CODIGO: _____		
Banco Exportador: _____				ID: _____		
País _____ Ciudad: _____						
Nº de autorización INDOT : _____				LOTE: _____		
Provincia: _____ Ciudad: _____						

1.- INFORMACION DONANTE:

Edad: _____ años Tipo de donante: _____ Causa de muerte: _____

<u>Tamizaje serológico</u>	<u>Biología Molecular NAT</u>
HIV 1-2 _____	HIV _____
Hepatitis B (HBsAg) _____	Hepatitis B _____
Hepatitis C(anti-HVC) _____	Hepatitis C _____
Chagas _____	
Sífilis _____	
HTLV I-II _____	
<u>Estudio Inmunológico:</u>	<u>Otros:</u>
Citomegalovirus IgM _____	_____
Toxoplasma IgM _____	_____
Rubeola IgM _____	_____
<u>Estudio Microbiológico:</u>	_____

2.- INFORMACION DEL/A : TEJIDO XENOINJERTO

Fecha de Obtención: _____ Hora: _____ Tipo de conservación: _____

Fecha Preservación: _____ Hora: _____ Temp. preservación: _____

Medio de Preservación : _____ # Lote: _____ Fecha expiración: _____

Contaje Celular (CORNEAS) _____ Lateralidad (CORNEAS) _____

3.- DATOS DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres: _____ Fecha de nacimiento _____

Cédula: _____ Etnia: _____ Sexo Edad: _____ años

Historia Clínica: _____ Dirección Domicilio: _____

Provincia _____ Ciudad: _____ Cantón: _____

Telefono movil: _____ Correo electrónico: _____

Diagnóstico: _____

Representante legal (en casos de menores de edad) _____

Apellidos y Nombres: _____ Cédula: _____

4.- INFORMACION DE LA CIRUGÍA:

Cobertura	Red Pública Integral de Salud(RPIS)	<input type="checkbox"/>	Instituto de Seguridad de la Policía Nacional	<input type="checkbox"/>
	Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)	<input type="checkbox"/>	Red Privada Complementaria	Con seguro <input type="checkbox"/>
	Instituto Seguridad Fuerzas Armadas (ISSFA)	<input type="checkbox"/>		Sin seguro <input type="checkbox"/>

Establecimiento de Salud: _____ Provincia _____

Nombres/Apellidos del cirujano: _____

Fecha cirugía: _____ Hora: Tipo de cirugía Programada

Procedimiento quirúrgico: _____

Complicaciones inmediatas: Ninguna SI Describe: _____

Diagnóstico post operatorio: _____

5.- EVALUACION DE LA CALIDAD DEL TEJIDO, XENOINJERTO IMPLANTADO

Estimado Doctor/a Especialista evaluar y calificar el tejido implantado en una escala del 1 al 10 siendo 10 lo óptimo:

Embalaje Cadena de frío Identificación adecuada:

Observaciones: _____

Firma profesional responsable de la cirugía

Nombres y apellidos:
CI: