



DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE: DÍA / MES / AÑO

TIPO DE COBERTURA:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

Médico responsable del seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

ÓRGANO TRASPLANTADO - Riñón Derecho: Riñón Izquierdo: Otro órgano:

ESTADO DEL RECEPTOR AL MOMENTO DEL TRASPLANTE: TX_1er RETRASPLANTE N°

TIPO DE DIÁLISIS: HEMODIALISIS PERITONEAL ANTICIPADO

Riesgo inmunológico: BAJO ALTO

DATOS DEL DONANTE

CÓDIGO:

DONANTE CADAVERÍCO: CAUSA DE MUERTE:

DONANTE CRUZADO: DONANTE VIVO RELACIONADO: PARENTEZCO/RELACIÓN:

Edad en años: Peso: kg. Género: F M Talla: cm.

Equipo de procuración:

Serología relevante:

ABO:

RELACIONADOS CON EL ACTO QUIRÚRGICO DE IMPLANTE DE INJERTO:

Apellidos y nombres del cirujano:

Hora de inicio de la cirugía TX: Tiempo IF horas/minutos:

Tiempo IC minutos: Hora de finalización de la cirugía:

Variantes anatómicas: SI NO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

ESTADO DEL PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO:

Vivo Fallecido Fecha de fallecimiento DÍA / MES / AÑO

Causa de fallecimiento:

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO INMEDIATO

FUNCIONANTE: SI NO DIURESIS: SI NO VOLUMEN DÍA / MES / AÑO

LLÉNESE EN CASO DE PÉRDIDA DEL INJERTO:

Fecha de pérdida: DÍA / MES / AÑO

Causa:

MÉDICO RESPONSABLE SEGUIMIENTO:

NOMBRE:
C.I.