

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DEL INJERTO				FECHA: 30-05-2023
	Versión: 01				CÓDIGO: RG-INDOT-559
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

1. INFORMACIÓN DEL TEJIDO:

Procedencia del Tejido

Importado # de autorización INDOT : _____

Nacional

Código del Tejido: _____

Establecimiento de salud acreditado: _____

2.- DATOS DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Cédula: _____ Sexo F M

Provincia: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____

Patología de base: _____

Representante legal(en casos de menores de edad)

Apellidos y Nombres: _____ Cédula: _____

3.- INFORMACIÓN DE LA CIRUGÍA:

Tipo de cobertura	Ministerio de Salud Pública (MSP)	<input type="checkbox"/>	Instituto Seguridad Social Policía Nacional (ISSPOL)	<input type="checkbox"/>
	Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
	Instituto Seguridad Social Fuerzas Armadas (ISSFA)	<input type="checkbox"/>		

Nombre del establecimiento de salud trasplantador: _____ Ciudad: _____

Nombres/Apellidos del CIRUJANO: _____

Fecha cirugía: _____ Hora: _____ Tipo de cirugía: Programada: Emergencia:

Lateralidad: Ojo derecho: Ojo izquierdo:

Tipo de queratoplastia: Penetrante Lamelar anterior: DALK SALK

Tectónico Lamelar posterior: DSAEK DMEK

4.- INFORMACIÓN DE LA PÉRDIDA DEL INJERTO

Fecha : _____ Describe la causa: _____

Cirujano Oftalmólogo Acreditado
Firma y Sello