

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 19-02-2025
	Versión: 06	CÓDIGO: RG-INDOT-352
	PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 001. LHI

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE
 HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTES**

Lugar y fecha:

Sr(a). Dr(a):

***DIRECTOR (A) EJECUTIVO (A)
 INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y
 CÉLULAS (INDOT)***

Presente.-

De mi consideración:

En mi calidad de: Representante legal y/o máxima autoridad del Laboratorio....., de la ciudad deme permito solicitar a usted, la

ACREDITACIÓN **RENOVACIÓN**

Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes	
--	--

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 19-02-2025
	Versión: 06	CÓDIGO: RG-INDOT-352
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

En las siguientes fases:

Evaluación pretrasplante (PRA-HLA)	
Donante vivo (HLA-CROSSMATCH*)	
Donante cadavérico (HLA – CROSSMATCH*)	

*Cuando se solicite acreditación para la prueba de Crossmatch para donante vivo y cadavérico, el establecimiento de salud solicitante deberá realizar las dos técnicas: Microcitotoxicidad Dependiente de Complemento (CDC) y por Citometría de Flujo.

Para el efecto, adjunto toda la documentación requerida para este proceso.

Me comprometo a dar cumplimiento a todas las regulaciones descritas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento general y demás normativas emitidas por el INDOT y estoy consciente que al acceder a la acreditación, en caso de ser el único laboratorio acreditado asumo la responsabilidad de atender a los requerimientos que demanden el servicio, independiente del subsistema al que pertenecen los requirentes; así como dar seguimiento de los procesos establecidos y a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Representante Legal del Laboratorio o Establecimiento de Salud
(En caso que el LHI se encuentre dentro de un Establecimiento de Salud)

Nombre, firma y sello del Director/a Técnico del Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes.