

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Organos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO Y/O PANCREÁTICO	FECHA: 12-09-2024
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-583
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante renopancreático y/o pancreático, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.

<ul style="list-style-type: none"> • Certificado que avale los (xx) años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Título de especialidad y/o subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de entrenamiento 		
<ul style="list-style-type: none"> • Historial o record quirúrgico y/o clínico 		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		
4. Acreditación previa de 2 (dos) años en un programa de trasplante renal y/o hepático activo (cirujanos y nefrólogos)		

4. RENOVACIÓN	SI	NO
Historial o récord quirúrgico y/o clínico de los años de acreditación del programa de donación y trasplante renopancreático y/o pancreático, con número de cirugías de ablación y trasplante (para cirujanos de trasplante) o número de pacientes al cuidado y atención (para médicos nefrólogos y/o endocrinólogos).		
Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

5. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo de donación y trasplante pancreático y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.		

En....., a..... de..... del.....

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

Nombre, firma y sello del Director Médico / Gerente del Establecimiento de Salud