



Ministerio de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

INGRESO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL
ÓRGANOS SÓLIDOS

VERSIÓN: 02

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 03-02-2016

CÓDIGO: RG-INDOT-179

PÁGINA: 1 de 2

TRAZABILIDAD:

INSCRIPCIÓN EN LISTA DE ESPERA DE:

FECHA:

DÍA / MES / AÑO

PRIORIDAD: **ELECTIVA** **URGENTE**

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA INGRESO:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

Nombre del médico responsable:

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Edad: Nacionalidad:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Referencia personal: Relación: Teléfono:

DISCAPACIDAD: Si No

PORCENTAJE: _____

TIPO DE COBERTURA: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO SOCIAL CAMPESINO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Grupo sanguíneo y factor: Peso en Kg.: Talla en cm: IMC:

Patología base: CIE10:

Diagnóstico: CIE10:

LLENAR SÓLO SI EL PACIENTE NECESITA TRASPLANTE RENAL:

Unidad donde se dializa:

Teléfono de la unidad: Tipo de diálisis:

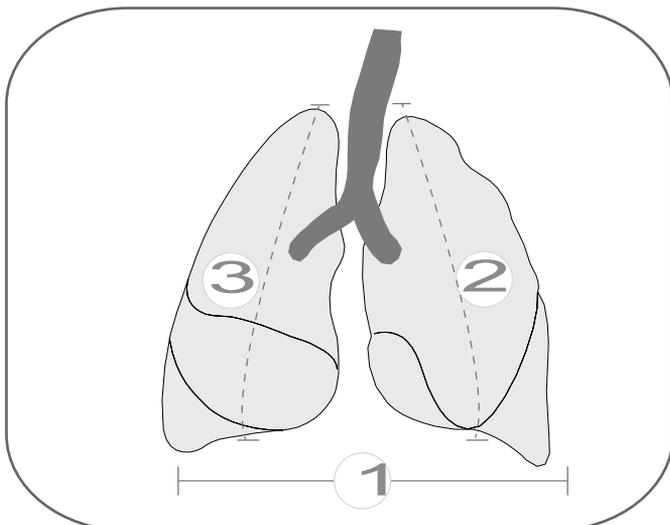
Fecha de inicio de diálisis: P.R.A CALCULADO: % Fecha:

LLENAR SÓLO SI EL PACIENTE NECESITA TRASPLANTE HEPÁTICO

MELD: PELD: Fecha de actualización:

LLENAR SÓLO SI EL PACIENTE NECESITA TRASPLANTE PULMONAR

LAS: Fecha de actualización:



1. Seno costo diafragmático derecho _____ e izquierdo.
2. Cúpula derecha - vértice derecho. _____
3. Cúpula izquierda vértice izquierdo. _____



Ministerio
de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante
de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

INGRESO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL
ÓRGANOS SÓLIDOS

VERSIÓN: 02

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 03-02-2016

CÓDIGO: RG-INDOT-179

PÁGINA: 2 de 2

RESUMEN CLÍNICO:

CERTIFICACIÓN:

Certificamos que _____ con número de Cédula _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
de _____ años de edad, se ha realizado todos los estudios pre-trasplante necesarios y se encuentra
listo para recibir un trasplante _____ un donante cadavérico, por lo que
solicito sea incluido en la Lista de Espera Única Nacional.

MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I.

COORDINADOR DE TRASPLANTES
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I.

- Para trasplante renal anexar HLA del paciente receptor Y P.R.A en el caso de ser necesario
- Para trasplante hepático anexar exámenes de laboratorio
- Para trasplante pulmonar anexar HLA del paciente receptor
- Anexar copia de cédula de identidad en todos los casos.