

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 01/02/2022							
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-352							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FORMULARIO 001. LHI

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN 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 **REACREDITACIÓN**

Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes	
--	--

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 01/02/2022							
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-352							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

En las siguientes fases:

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

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 o re 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 requirientes; 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.