

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 31-03-2023
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-532
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

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	
--	--

En las siguientes fases:

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y RE ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE	FECHA: 31-03-2023
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-532
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

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 reacreditación, 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.