



Ministerio
de **Salud Pública**

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

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPÁTICO
(REPORTE EN CONSULTA EXTERNA)

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-187

PÁGINA: 1 de 1

TRAZABILIDAD:

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE: / /

TIPO DE COBERTURA:

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO CAMPESINO (IESS)
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

Médico hepatólogo responsable de seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar de nacimiento: Fecha: / / Nacionalidad: Edad:

Provincia: Dirección domiciliaria: Teléfono:

Etiología de la cirrosis:

REPORTE MÍNIMO REQUERIDO POR EL INDOT:

3 MESES

6 MESES

ANUAL

ESTADO DEL RECEPTOR AL MOMENTO DEL REPORTE

ES OBLIGATORIO REPORTAR

VIVO FALLECIDO Fecha del fallecimiento: / /

Causa del fallecimiento:

TRATAMIENTO ACTUAL (MEDICAMENTOS/ DOSIS/ FRECUENCIA) :

COMPLICACIONES:

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES



Ministerio de **Salud Pública**

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

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE HEPÁTICO
(REPORTE EN CONSULTA EXTERNA)

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-187

PÁGINA:2 de 2

EXÁMENES LABORATORIO:

LEUCOCITOS PLAQUETAS TGO GGT
 HB INR TGP BILIRRUBINA T__D__I__
 HCT0 TP FA ALBUMINA
 CREATININA BUN NA K
 CL

NIVELES: _____

OTROS: _____

CRITERIO MÉDICO:

CONCLUSIÓN:

Pérdida del seguimiento: SI NO Fecha: _____ / _____ / _____

Causa: _____

Cambio de centro de Trasplante: SI NO Fecha: _____ / _____ / _____

Causa: _____

MÉDICO HEPATÓLOGO RESPONSABLE SEGUIMIENTO:

NOMBRE:
 C.I.