

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE TEJIDOS				Fecha: 22-05-2018
	Versión:04				Código: RG-INDOT-259
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	Página:1 de 1

Datos del Receptor:

Nombres y Apellidos: _____
 Cédula Identidad: _____
 Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Sexo: Femenino: _____ Masculino: _____
 Teléfonos: _____
 Nº de Historia Clínica: _____
 Diagnóstico: _____
 Código CIE 10 _____

CODIGO DEL DONANTE PARA USO EXCLUSIVO DEL BANTEC

Afiliado a: **IESS** **ISSFA** **ISSPOL** Otros:

Datos del Establecimiento de Salud solicitante:

Fecha de Solicitud: _____
 Nombre del Establecimiento: _____
 Servicio o Unidad: _____
 Fecha de la cirugía: _____ Hora de la cirugía: _____

Tejido solicitado:

	CANTIDAD	Cantidad (gramos)	CANTIDAD
Cabeza Femoral Grande completa	<input type="text"/>	Chips óseos	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Mediana completa	<input type="text"/>	Hueso esponjoso	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Pequeña completa	<input type="text"/>	Hueso (polvo)	<input type="text"/>
Cabeza Femoral Fragmentada	<input type="text"/>	Plaqueta ósea	<input type="text"/>

POR FAVOR DETALLE MAS CARACTERISTICAS DEL TEJIDO (según los requerimientos de su paciente)

	CANTIDAD
Tendón Aquileano:	<input type="text"/>
Tendón Extensor:	<input type="text"/>
Tendón Flexor:	<input type="text"/>
Tendón Rotuliano:	<input type="text"/>
Tendón Tibial anterior:	<input type="text"/>
Tendón Tibial posterior:	<input type="text"/>
Otros Tendones:	<input type="text"/>
Meseta tibial:	<input type="text"/>
Menisco:	<input type="text"/>
Cóndilos:	<input type="text"/>
Otros Tejidos:	<input type="text"/>

Membrana amniótica									
Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad	Tamaño	Cantidad
1.5x1.5cm	<input type="text"/>	2x2cm	<input type="text"/>	4x4cm	<input type="text"/>	10x20cm	<input type="text"/>	20x20cm	<input type="text"/>

Otro tamaño:

Esclera	
Cantidad	<input type="text"/>

Observaciones: _____

Nombre Médico Responsable de la cirugía: _____
 Firma Médico Responsable de la cirugía: _____
 Sello del médico responsable de la cirugía: _____