Ministerio de Salud Pública – Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INFORME DE IMPLANTE DE TEJIDO IMPORTADO	FECHA: 15/06/2015
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-177
	PUBLICADO ■ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐	PÁGINA: 1 de 1

Fecha: _____ _____

Procedencia del Tejido

Importado ☐ # de autorización INDOT : _____

☐ Provincia: _____

Ciudad: _____

Establecimiento de Salud Ac _____

CODIGO DEL TEJIDO

1.- INFORMACION DONANTE:

Edad: _____ AÑOS Tipo de donante: _____

Causa de muerte: _____

Tamizaje serológico

HIV 1-2 _____

Hepatitis B (HBsAg) _____

Hepatitis C(anti-HVC) _____

Chagas _____

Sífilis _____

Biología Molecular NAT

HIV _____

Hepatitis B _____

Hepatitis C _____

Estudio Inmunológico:

Citomegalovirus IgM: _____

Toxoplasma IgM: _____

Rubeola IgM: _____

Estudio Inmunológico:

Citomegalovirus IgG: _____

Toxoplasma IgG: _____

Rubeola IgG: _____

Estudio Microbiológico: _____

2.- INFORMACION DEL TEJIDO: TIPO DE TEJIDO……..

Fecha de Obtención: _____ Hora: _____ Banco de tejidos procesador: _____ Ciudad:

Fecha Preservación: _____ Hora: _____ Temp. preservación: °C

Medio de Preservación (COR _____ # Lote: _____ Fecha expiración: _____

Contaje Celular (CORNEAS) ☐ Paquimetría (CORNEAS) ☐

3.- DATOS DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres: _____ Edad: _____

Cédula: _____ Etnia: _____ Sexo F ☐ M ☐

Historia Clínica: _____ Dirección Domicilio: _____

Provincia _____ Ciudad: _____ Cantón: _____

Referencia domicilio: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono domicilio: _____ Celular: _____

Patología de base: _____ Sitio del Implante……..: Derecho ……... Izquierdo ……

Representante legal(en casos de menores de edad)

Apellidos y Nombres: ☐ Cédula: ☐

4.- INFORMACION DE LA CIRUGÍA:

Establecimiento de Salud

Red Pública Integral de Salud(RPIS) ☐

Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS) ☐

Instituto Seguridad Fuerzas Armadas (ISSFA) ☐

Privada ☐

Seguro Social Campesino ☐

Instituto Seguridad Social Policía Nacional (ISSPOL) ☐

Nombre del Establecimiento de Salud: _____ Provincia _____ Ciudad _____

Nombres/Apellidos del CIRUJANO: _____

Fecha cirugía: _____ Hora: _____ Tipo de cirugía Programada ☐ Emergencia ☐

Procedimiento quirúrgico: _____

Complicaciones trans operatorias: Ninguna ☐ SI ☐ Describa: _____

Diagnóstico post operatorio: _____

Elaborado x: Apellido/Nombre: ☐ Cédula ☐

5.- EVALUACION DE LA CALIDAD DEL TEJIDO IMPLANTADO

Estimado Doctor/a Especialista evaluar y calificar el tejido implantado en una escala del 1 al 10 siendo 10 lo óptimo:

Limpieza ☐ Aspecto ☐ Embalaje ☐ Cadena de frío ☐

Observaciones: _____

_____

Cirujano Acreditado

Firma y Sello