



DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE: / /

TIPO DE COBERTURA:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP)

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL)

PRIVADA:

Médico responsable del seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres: Cédula:

TRASPLANTE: Bipulmonar: Unipulmonar: Derecho:

Izquierdo:

Otro órgano:

DATOS DEL DONANTE

CÓDIGO:

DONANTE CADAVERÍCO: CAUSA DE MUERTE:

Edad en años: Peso: kg. Género: F M Talla: cm.

Perímetro Torácico: Ápico - basal derecho Ápico - basal izquierdo Transversal

Equipo de procuración:

Serología relevante:

Grupo sanguíneo y factor Rh:

RELACIONADOS CON EL ACTO QUIRÚRGICO DE IMPLANTE DE INJERTO:

Apellidos y nombres del cirujano:

Hora de inicio de la cirugía TX: Tiempo IF horas/minutos:

Tiempo IC minutos: Hora de finalización de la cirugía:

Tiempo de circulación extracorpórea: Sistema de asistencia cardiorespiratoria: SI NO Tiempo:

Solución de preservación y número de lote:

Variantes anatómicas: SI NO

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS:

ESTADO DEL PACIENTE POST OPERATORIO INMEDIATO:

Vivo Fallecido Fecha de fallecimiento / /

Causa de fallecimiento:

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO INMEDIATO

FUNCIONANTE: SI NO

MÉDICO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:

NOMBRE:
C.I.