

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN		FECHA: 22-10-2019
			CÓDIGO: RG-INDOT-270
	Versión: 06		PÁGINA: 1 de 2
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	

FORMULARIO 001

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN

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 Máxima autoridad del Establecimiento de Salud
, de la ciudad de
me permito solicitar a usted, la

☐ ACREDITACIÓN ☐ REACREDITACIÓN

De la unidad médica en referencia, para realizar:

Donación (Procuración y ablación)	
Donación y Trasplante*	
Trasplante (Selección del paciente y evaluación pre trasplante, procedimiento de trasplante y seguimiento pos trasplante)	
Selección del paciente y evaluación pre trasplante	
Seguimiento pos trasplante	

(*: La acreditación en donación y trasplante, incluye la procuración, ablación, selección del paciente, la evaluación pretrasplante, procedimiento de trasplante y el seguimiento pos trasplante)

En el programa de trasplante:

	Adulto	Pediátrico
--	---------------	-------------------

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN		FECHA: 22-10-2019	
			CÓDIGO: RG-INDOT-270	
	Versión: 06		PÁGINA: 2 de 2	
PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐		

Cardíaco		
Hepático con donante cadavérico		
Hepático con donante vivo		
Hepatorenal		
Intestinal		
Pancreático		
Pulmonar con donante cadavérico		
Progenitores hematopoyéticos		
Renal con donante cadavérico		
Renal con donante vivo modalidad pariente relacionado		
Renal con donante vivo modalidad cruzada		
Renopancreático		
Córneas		

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 re acreditación, en caso de ser el único establecimiento acreditado para este Programa de Trasplante asumo la responsabilidad de atender a los pacientes que demanden este servicio, independiente del subsistema al que pertenecen; así como dar seguimiento de los procesos establecidos y a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello de la Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud.