

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN	FECHA: 30-11-2021							
	Versión: 08	CÓDIGO: RG-INDOT-270							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANÁLISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

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**

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)

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN		FECHA: 30-11-2021
			CÓDIGO: RG-INDOT-270
	Versión: 08		PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el programa de trasplante:

	Donante vivo	Donante cadavérico	Adulto	Pediátrico
Cardíaco				
Hepático				
Pulmonar				
Renal				
Renopancreático				
Intestinal				
Progenitores hematopoyéticos				
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 del Ordenamiento Jurídico Ecuatoriano.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

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