



**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:

**DATOS DEL DONANTE**

CÓDIGO:

DONANTE CADAVERÍCO:

CAUSA DE MUERTE:

Edad en años:

Peso:  kg.

SEXO: 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.

**DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS**

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES