

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	INFORME DE IMPLANTE				FECHA: 03-07-2020
	Versión: 02				CÓDIGO: RG-INDOT-177
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

Fecha: _____	CODIGO DEL TEJIDO:
Banco de Tejidos, Células, Xenoinjerto Exportador: _____	ID DEL TEJIDO:
País _____ Ciudad: _____	
Nº de autorización INDOT : _____	
Provincia: _____ Ciudad: _____	LOTE:
Establecimiento de Salud Acreditado: _____	

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 _____
 HTLV I-II _____

Biología Molecular NAT

HIV _____
 Hepatitis B _____
 Hepatitis C _____

Estudio Inmunológico:

Citomegalovirus IgM _____
 Toxoplasma IgM _____
 Rubeola IgM _____

Cribado para SARCOVIRUS o SARS-CoV-2

RT-PCR _____

Estudio Microbiológico:

2.- INFORMACION DEL/A :

TEJIDO

XENOINJERTO

Fecha de Obtención: _____ Hora: _____
 Fecha Preservación: _____ Hora: _____ Temp. preservación: _____
 Medio de Preservación : _____ # Lote: _____ Fecha expiración: _____
 Contaje Celular (CORNEAS) _____ Viabilidad: _____
 Características: _____ Medida: _____

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: _____
 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)	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
	Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)	<input type="checkbox"/>	Seguro Social Campesino	<input type="checkbox"/>
	Instituto Seguridad Fuerzas Armadas (ISSFA)	<input type="checkbox"/>	Instituto Seguridad Social Policía Nacional (ISSPOL)	<input type="checkbox"/>

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 Describe: _____
 Diagnóstico post operatorio: _____

5.- EVALUACION DE LA CALIDAD DEL TEJIDO, XENOINJERTO IMPLANTADO

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

Embalaje Cadena de frío Identificación adecuada:

Observaciones: _____