


|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT<br><br>República del Ecuador | <b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y REACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE</b>                            | <b>FECHA:</b> 31-03-2023    |
|   | <b>Versión: 05</b>   | <b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-532 |
|   | PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/> | <b>PÁGINA:</b> 1 de 2       |

**FORMULARIO 001. LHI**

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN PARA  
 LABORATORIOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA  
 TRASPLANTES**

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: Representante legal y/o máxima autoridad del Laboratorio....., de la ciudad de .....me permito solicitar a usted, la

ACREDITACIÓN     REACREDITACIÓN

|  |  |
|--|--|
| Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes |  |
|--|--|

En las siguientes fases:

|   |   |                             |
|---|---|-----------------------------|
| Instituto Nacional de Donación<br>y Trasplante de Órganos,<br>Tejidos y Células INDOT<br><br> República<br>del Ecuador | <b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN Y RE<br/>         ACREDITACIÓN PARA LABORATORIOS<br/>         DE HISTOCOMPATIBILIDAD E<br/>         INMUNOGENÉTICA PARA TRASPLANTE</b> | <b>FECHA:</b> 31-03-2023    |
|   | <b>Versión: 05</b>  | <b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-532 |
|   | PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>              | <b>PÁGINA:</b> 2 de 2       |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Evaluación pretrasplante (PRA-HLA)    |  |
| Donante vivo (HLA-CROSSMATCH)         |  |
| Donante cadavérico (HLA – CROSSMATCH) |  |

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 reacreditación, en caso de ser el único laboratorio acreditado asumo la responsabilidad de atender a los requerimientos que demanden el servicio, independiente del subsistema al que pertenecen los requirentes; así como dar seguimiento de los procesos establecidos y a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Representante Legal del Laboratorio o Establecimiento de Salud  
*(En caso que el LHI se encuentre dentro de un Establecimiento de Salud)*

Nombre, firma y sello del Director/a Técnico del Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética para trasplantes.