


Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT 	CERTIFICADO DE IMPLANTE DE CORNEA				FECHA: 30/5/2023
	Versión:				CÓDIGO: RG-INDOT-316
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

Fecha: _____	Albarán: _____	CODIGO DEL TEJIDO
Procedencia del Tejido _____		
Importado <input type="checkbox"/>	# de autorización INDOT : _____	<i>Uso exclusivo del Banco de tejidos o proveedor</i>
Nacional <input type="checkbox"/>	Provincia: _____	
	Ciudad: _____	
Unidad Médica Acreditada: _____		

1.- INFORMACION DONANTE:

Edad: _____	Tipo de donante: _____
Causa de muerte: _____	Fecha y hora fallecimiento: _____
Tamizaje serológico	Biología Molecular NAT
HIV 1-2 _____	HIV _____
Hepatitis B (HBsAg) _____	Hepatitis B _____
Hepatitis C(anti-HVC) _____	Hepatitis C _____
Chagas _____	
Sífilis _____	
Estudio Inmunológico:	Estudio Inmunológico:
Citomegalovirus IgM: _____	Citomegalovirus IgG: _____
Toxoplasma IgM: _____	Toxoplasma IgG: _____
Rubeola IgM: _____	Rubeola IgG: _____
Estudio Microbiológico: _____	

2.- INFORMACION DEL TEJIDO:

Fecha de obtención: _____	Hora: _____	Banco de tejidos procesador: _____	Ciudad: _____
Fecha preservación: _____		Temp. preservación: _____ °C	
Medio de preservación: _____	# Lote: _____	Fecha expiración: _____	
Contaje celular _____	Paquimetría _____		

3.- DATOS DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres: _____	Edad: _____
Cédula: _____	Etnia: _____
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
# Historia Clínica: _____	Dirección Domicilio: _____
Provincia: _____	Ciudad: _____
Teléfono: _____	Cantón: _____
Patología de base: _____	Correo electrónico: _____
Representante legal(en casos de menores de edad)	
Apellidos y Nombres: _____	Cédula: _____

4.- INFORMACION DE LA CIRUGÍA:

Tipo de cobertura	Ministerio de Salud Pública (MSP)	Privada
	Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)	Instituto Seguridad Social Policía Nacional (ISSPOL)
	Instituto Seguridad Social Fuerzas Armadas (ISSFA)	

Nombre del establecimiento de salud: _____	Provincia: _____	Ciudad: _____
--	------------------	---------------

Nombres/Apellidos del CIRUJANO:

Fecha cirugía: _____	Hora: _____	Tipo de cirugía: _____	Programada: <input type="checkbox"/>	Emergencia: <input type="checkbox"/>
Lateralidad: Ojo derecho: _____	Ojo izquierdo: _____			
Tipo de queratoplastia:	Penetrante <input type="checkbox"/>	Lamelar anterior: DALK <input type="checkbox"/>	SALK <input type="checkbox"/>	
	Tectónico <input type="checkbox"/>	Lamelar posterior: DSAEK <input type="checkbox"/>	DMEK <input type="checkbox"/>	
Tamaño del donante (mm): _____		Sutura Material: _____		
Puntos: sueltos <input type="checkbox"/>	continuos <input type="checkbox"/>	ambos <input type="checkbox"/>	visco elástico <input type="checkbox"/>	
Complicaciones trans operatorias: NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Describe: _____		
Cambio de tipo de queratoplastia: NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cual: _____		
Diagnóstico post operatorio: _____				
Elaborado por: Apellido/Nombre: _____	Cédula: _____			

5.- EVALUACION DE LA CALIDAD DEL TEJIDO IMPLANTADO

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

Limpieza <input type="text"/>	Aspecto <input type="text"/>	Embalaje <input type="text"/>	Cadena de frío <input type="text"/>
-------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

Observaciones: _____

6.- INFORMACIÓN DEL RESIDUO CORNEAL

Descartado: SI <input type="checkbox"/>	Almacenado SI <input type="checkbox"/>
---	--

Temperatura de almacenamiento:

Medio de almacenamiento:

Nro. de fragmentos:

Cirujano Acreditado
Firma y Sello