

 Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>INFORME DE IMPLANTE TEJIDOS Y/O XENOINJERTOS</b>				FECHA: 22-03-2024	
	Versión: 03				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

TEJIDO	<input type="checkbox"/>	XENOINJERTO	<input type="checkbox"/>
CODIGO:			
ID:			
LOTE:			

Fecha de reporte: .....

Banco Exportador: \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Nº de autorización INDOT : \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad: .....

**1.- INFORMACION DONANTE:**

Edad: \_\_\_\_\_ Años Tipo de donante: \_\_\_\_\_ Causa de muerte: .....

<b><u>Tamizaje serológico</u></b>	<b><u>Biología Molecular NAT</u></b>
HIV 1-2 _____	HIV _____
Hepatitis B (HBsAg) _____	Hepatitis B _____
Hepatitis C(anti-HVC) _____	Hepatitis C _____
Chagas _____	
Sífilis _____	
HTLV I-II _____	
<b><u>Estudio Inmunológico:</u></b>	<b><u>Otros:</u></b>
Citomegalovirus IgM _____	_____
Toxoplasma IgM _____	_____
Rubeola IgM _____	_____
<b><u>Estudio Microbiológico:</u></b>	_____

**2.- INFORMACION DEL/A : TEJIDO  XENOINJERTO**

Fecha de Obtención: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha Preservación: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Temp. preservación: \_\_\_\_\_

Medio de Preservación : \_\_\_\_\_ # Lote: \_\_\_\_\_ Fecha expiración: \_\_\_\_\_

Contaje Celular (CORNEAS) \_\_\_\_\_

Características: \_\_\_\_\_

**3.- DATOS DEL RECEPTOR:**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Sexo F  M

# Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Representante legal (en casos de menores de edad)

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_

**4.- INFORMACION DE LA CIRUGÍA:**

<b>Cobertura</b>	Red Pública Integral de Salud(RPIS)	<input type="checkbox"/>	Instituto de Seguridad de la Policia Nacional	<input type="checkbox"/>
	Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)	<input type="checkbox"/>	Red Privada Complementaria	Con seguro <input type="checkbox"/>
	Instituto Seguridad Fuerzas Armadas (ISSFA)	<input type="checkbox"/>		Sin seguro <input type="checkbox"/>

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Nombres/Apellidos del cirujano: \_\_\_\_\_

Fecha cirugía: \_\_\_\_\_ Hora:  Tipo de cirugía Programada

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma profesional responsable de la cirugía  
Nombres y apellidos:  
CI: