

INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRANSPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS INDOT



INFORME DE IMPLANTE TEJIDOS Y/O XENOINJERTOS

FECHA: 25-03-2024

Versión: 03

CÓDIGO: RG-INDOT-177

PUBLICADO☒

EN ANÁLISIS☐

BORRADOR☐

OBSOLETO☐

PÁGINA: 1 de 1

TEJIDO☐

XENOINJERTO☐

Fecha de reporte:

CODIGO:

Banco Exportador:

ID:

País: Ciudad:

LOTE:

Nº de autorización INDOT :

LOT:

Provincia: Ciudad:

LOT:

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

Otros:

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)

3.- DATOS DEL RECEPTOR:

Apellidos y Nombres:

Cédula: Etnia: Sexo F ☐

Historia Clínica: Dirección Domicilio:

Provincia Ciudad: Cantón:

Telefono movil: Correo electrónico:

Diagnóstico:

Representante legal (en casos de menores de edad)

Apellidos y Nombres: Cédula:

4.- INFORMACION DE LA CIRUGÍA:

Cobertura

Red Pública Integral de Salud(RPIS)
Instituto Ecuatoriano Seguridad Social (IESS)
Instituto Seguridad Fuerzas Armadas (ISSFA)

Instituto de Seguridad de la Policía Nacional
Red Privada Complementaria
Sin seguro

Establecimiento de Salud: Provincia:

Nombres/Apellidos del cirujano:

Fecha cirugía: Hora: Tipo de cirugía Programada ☐

Procedimiento quirúrgico:

Complicaciones trans operatorias: Ninguna ☐ SI ☐ Describa:

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: