Ministerio de Salud Pública
Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT

FORMULARIO INDOT-LE-01
INGRESO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL
ÓRGANOS SÓLIDOS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES

INSCRIPCIÓN EN LISTA DE ESPERA DE: _____ FECHA: DÍA ___ / MES ___ / AÑO ___

PRIORIDAD: **ELECTIVA** ○ **URGENTE** ○

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA INGRESO:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA: _____

Nombre del médico responsable: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y nombres: _____ Cédula: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Dirección domiciliaria: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Referencia domicilio: _____

Teléfono domicilio: _____ Teléfono móvil: _____ / _____

Correo electrónico: _____ / _____

Referencia personal: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

DISCAPACIDAD: Si ○ No ○ PORCENTAJE: _____

TIPO DE COBERTURA:

RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) ○ INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) ○ SEGURO SOCIAL CAMPESINO ○
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) ○ INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) ○ PRIVADA: ○

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Grupo sanguíneo y factor: _____ Peso en Kg.: _____ Talla en cm: _____ IMC: _____

Patología base: _____ CIE10: _____

Diagnóstico: _____ CIE10: _____

LLENAR SÓLO SI EL PACIENTE NECESITA TRASPLANTE RENAL:

Unidad donde se dializa: _____ Teléfono de la unidad: _____

Tipo de diálisis: _____ Fecha inicio de diálisis: ___ / ___ / ___ P.R.A. ___ % Fecha: ___ / ___ / ___

LLENAR EN CASO DE REQUERIR TRASPLANTE HEPÁTICO

MELD: _____ PELD: _____ Fecha de actualización: ___ / ___ / ___

RESUMEN CLÍNICO:

_____

_____

_____

_____

CERTIFICACIÓN:

Certificamos que _____ con número de Cédula _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

de _____ años de edad, se ha realizado todos los estudios pre-trasplante necesarios y se encuentra listo para recibir un trasplante _____un donante cadavérico, por lo que solicito sea incluído en la Lista de Espera Única Nacional.

_____
MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO
NOMBRE:
C.I.

_____
COORDINADOR DE TRASPLANTES
FIRMA Y SELLO
NOMBRE:
C.I.

- Para trasplante renal anexar HLA del paciente receptor
- Para trasplante hepático anexar exámenes de laboratorio
- Anexar copia de cédula de identidad en todos los casos.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS