



Ministerio
de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante
de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

FORMULARIO INDOT - IT - 03

INFORME DE IMPLANTE DE TEJIDO

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

IT-03-CZ...-PRL-2014-....

Provincia: Ciudad: Fecha: DÍA / MES / AÑO

PROCEDENCIA DEL TEJIDO: NACIONAL ☐ Código del tejido:

IMPORTADA ☐ N° de autorización INDOT (FORMULARIO INDOT- IT- 02):

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

DATOS DEL DONANTE:

Fecha de nacimiento: Causa de muerte:

Fecha y hora de: Fallecimiento : Obtención : Preservación :

Resultados serológicos: Toxoplasma Ig G: Ig M: Citomegalovirus Ig G: Ig M:

HIV HbsAG HCV SÍFILIS

INFORMACIÓN DEL TEJIDO:

Medio de preservación: Fecha de expiración lote:

Temperatura de preservación Viable para trasplante: SI ☐ NO ☐ Fecha de despacho:

BANCO DE TEJIDOS DE PROCEDENCIA: Ciudad:

Celularidad: Paquimetría:

PERSONA RESPONSABLE DE RECEPCIÓN: (NOMBRES Y APELLIDOS) FIRMA Y SELLO

DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

CÓDIGO:

Apellidos y nombres : Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Sexo: F ☐ M ☐ Étnia:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Patología base: Ojo de tratamiento: derecho ☐ izquierdo ☐

REPRESENTANTE LEGAL: (en casos de menores de edad)

(SI APLICA)

Apellidos y nombres: Cédula:

INFORMACIÓN DE LA CIRUGÍA:

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: ☐

Nombres y apellidos del cirujano:

Provincia: Ciudad: Fecha y hora: :

Diagnóstico post operatorio:

Tipo de Cirugía: Programada ☐ Emergencia ☐ Procedimiento quirúrgico:

Tamaño del donante: Sutura: Material

Puntos: sueltos ☐ continuos ☐ ambos ☐ Visco elástico

Complicaciones transoperatorias:

ELABORADO POR: Apellidos y nombres: Cédula:

CIRUJANO ACREDITADO
FIRMA Y SELLO