



Ministerio de **Salud Pública**

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

# FORMULARIO INDOT - PDC - 12

## ACTA ENTREGA RECEPCIÓN DE ÓRGANOS

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

PDC-12-CZ...-PRL-2014-.....

CÓDIGO DEL DONANTE:

FECHA:

DÍA / MES / AÑO

UNIDAD MÉDICA DONANTE:

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES:

### CORAZÓN

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### PULMÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### PULMÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### HÍGADO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### RIÑÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### RIÑÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello:

### PÁNCREAS

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_ Responsable : \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello: