



Ministerio de Salud Pública

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

INFORME DE IMPLANTE DE TEJIDO

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-177

VERSIÓN: 01

PÁGINA: 1 de 1

PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAZABILIDAD:

Provincia: Ciudad: Fecha: / /

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