Provincia: _____ Ciudad: _____ Fecha: ___/___/___

Señor Fiscal de Turno

Fiscalía Distrital de:_____

Presente.-

Distinguido señor Fiscal:

Por el presente en mi calidad de Coordinador de Trasplante de _____ ,
(NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA/INSTITUCIÓN)
en atención a lo dispuesto en el art. 29 y 42 de la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, me permito poner en su conocimiento el fallecimiento de la persona _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)
portador/a de la cédula de ciudadanía (identidad) Nº_____ con certificación de muerte violenta. Adicionalmente le informo que se ha notificado a los familiares la voluntad del fallecido/a y el proceso a seguir.

La (s) causa (s) de la muerte de la persona antes indicada es (son):

_____

_____

_____

Por consiguiente se procederá a la ablación de los órganos y/o tejidos, para efectos de trasplante. Cabe aclarar que la extracción de los órganos y/o tejidos no interferirán en los resultados de la autopsia.

Atentamente,

Dr:_____ Firma:_____

N° de cédula:_____

Cargo: _____

Unidad Médica/Institución : _____ Sello: _____

- EN CASO DE FALLECIMIENTO POR PARADA CARDIACA (MUERTE EN ASISTOLIA) ANEXAR:
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-03 NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD***
* Copia de ***PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE TEJIDOS***

- EN CASO DE FALLECIMIENTO POR PARADA CARDIACA (MUERTE EN ASISTOLIA) EN MENORES DE EDAD O MAYORES DE EDAD CONSIDERADO/A LEGALMENTE INCAPAZ ABSOLUTO ANEXAR:
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-04 DONACIÓN AUTORIZADA POR REPRESENTANTE LEGAL***
* Copia de ***PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE TEJIDOS***

- EN CASO DE FALLECIMIENTO BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA) ANEXAR:
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-01 CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA***
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-02 EVALUACIÓN DEL DONANTE***
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-PDC-03 NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD***
* Copia de ***PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS***

- EN CASO DE FALLECIMIENTO BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA) EN MENORES DE EDAD O MAYORES DE EDAD CONSIDERADO/A LEGALMENTE INCAPAZ ABSOLUTO ANEXAR:
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-PDC-01 CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA***
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-02 EVALUACIÓN DEL DONANTE***
* Copia de ***FORMULARIO INDOT-P DC-04 DONACIÓN AUTORIZADA POR REPRESENTANTE LEGAL***
* Copia de ***PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS***