Ministerio
de **Salud Pública**

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

NOTIFICACIÓN A LA FISCALÍA

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-196

VERSIÓN: 01

PÁGINA: 1 de 1

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

TRAZABILIDAD:

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) N° _____ 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 O POR PARADA CARDIACA (MUERTE EN ASISTOLIA) AN EXAR:

* Copia de **FORMULARIO INDOT-P DC-03 NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD**

* Copia de **PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE TEJIDOS**

- EN CASO DE FALLECIMIENTO O POR PARADA CARDIACA (MUERTE EN ASISTOLIA) EN MENORES DE EDAD O MAYORES DE EDAD CONSIDERADO/A LEGALMENTE INCAPAZ ABSOLUTO AN EXAR:

* Copia de **FORMULARIO INDOT-P DC-04 DONACIÓN AUTORIZADA POR REPRESENTANTE LEGAL**

* Copia de **PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE TEJIDOS**

- EN CASO DE FALLECIMIENTO O BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA) AN EXAR:

* 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-P DC-03 NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD**

* Copia de **PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS**

- EN CASO DE FALLECIMIENTO O BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS (MUERTE ENCEFÁLICA) EN MENORES DE EDAD O MAYORES DE EDAD CONSIDERADO/A LEGALMENTE INCAPAZ ABSOLUTO AN EXAR:

* 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-P DC-04 DONACIÓN AUTORIZADA POR REPRESENTANTE LEGAL**

* Copia de **PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS**

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

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