



Ministerio
de **Salud Pública**

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

SEGUIMIENTO POST TRASPLANTE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

VERSIÓN 01

PUBLICADO



EN ANÁLISIS



BORRADOR



OBSOLETO



FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-209

PÁGINA: 1 de 1

TRAZABILIDAD:

CÓDIGO DEL PACIENTE RECEPTOR:

Pérdida del seguimiento: SI ☐ NO ☐ Causa:

Fecha:

MES:

Fecha:

ESTADO DEL RECEPTOR A FECHA DEL REPORTE

VIVO ☐ FALLECIDO ☐

Fecha:

Causa del fallecimiento:

ESTADO DEL INJERTO POST OPERATORIO A LA FECHA DE REPORTE

FUNCIONANTE: SI ☐ NO ☐

LLÉNESE EN CASO DE PÉRDIDA DEL INJERTO:

Causa:

Fecha:

Mantiene información de último reporte: SI ☐ No ☐

Si la respuesta es No, actualice los datos según el caso:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Referencia personal: Relación: Teléfono:

Nivel de instrucción: Ocupación:

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: ☐

Hospital de atención post trasplante:

DISCAPACIDAD: SI ☐ No ☐ PORCENTAJE: BONO DE DESARROLLO HUMANO SI ☐ No ☐

ESTRUCTURA Y RELACIÓN FAMILIAR:

RELACIÓN CON EL NÚCLEO FAMILIAR: MUY BUENA: ☐ BUENA: ☐ REGULAR: ☐ MALA: ☐

Persona a cargo del cuidado del paciente:

Lugar de permanencia durante los primeros controles post trasplante:

OBSERVACIONES:

RESPONSABLE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN:

NOMBRE:
C.I.