



SOLICITUD DE INFORME CAUSA DE "NO TRASPLANTE"

Fecha de envío: _____

A CENTRO DE TRASPLANTE:

PROGRAMA: RENAL HEPATICO CORAZON PULMON
 RIÑON-PANCREAS PANCREAS

DE: LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD

Para mantener la transparencia del Programa Nacional de Transplante, solicito a Ud. indique por escrito y a la brevedad el motivo por el cual el o los pacientes seleccionados en los lugares que se indican no fueron trasplantados.

Identificación del donante: _____ Grupo sanguíneo: _____

Procedencia: _____ Fecha: _____

Profesional de turno: _____ Firma: _____

ORDEN	NOMBRE	RUT	PUNTAJE

Causa no trasplante: _____

Fecha: _____
Firma y Nombre de Profesional Responsable

**Nota: Enviar respuesta con firma registrada por mail a:
Sección Histocompatibilidad: 25755411 Email: histocom@ispch.cl**