



RG-014-IT-221.10-014

**A: SECCION HISTOCOMPATIBILIDAD
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE**

INFORME RECEPTOR TRASPLANTADO

Centro Trasplante : _____

Nombre Receptor : _____

Rut Receptor : _____ **Previsión:** _____

Fecha Nacimiento Receptor : _____

Servicio Salud del Receptor : _____

Identificación del Donante : _____

Procedencia del Donante : _____

Donante Vivo (relación): _____ **Donante Cadáver**

Órgano(s) Trasplantado(s):

Riñón **derecho** **izquierdo** **en bloque**

Hígado

Corazón

Pulmón **derecho** **izquierdo** **Bipulmonar**

Páncreas

Otros (Especificar): _____

Fecha y hora de aviso de la selección (en donante cadáver)

Fecha: ____/____/____ **Hora** ____:____

Fecha trasplante: ____/____/____ **Hora trasplante:** ____:____

Tiempo isquemia fría: _____ horas y _____ minutos

Fecha envío: _____ **Nombre y Firma del Responsable**

-Todos los campos son de llenado obligatorio.
-Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del profesional que lo firma.
-Enviar copia escáner de este informe vía correo electrónico con nombre y firma del profesional coordinador responsable a: histocom@ispch.cl y a trasplante@minsal.cl