



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**