ANEXO 1 — FORMULARIO DE SOLICITUD DE VALORACIÓN COMITÉ DE EXPERTOS EN TRASPLANTE RENAL, ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

Versión 20261028-1

A. Procedencia de la solicitud

Campo	Valor
Hospital / CAT remitente	
Fecha de envío	(formato 01/01/2015)
Nombre del médico responsable	
Cargo / Especialidad	
Centro solicitante	
Correo electrónico de contacto	
Teléfono de contacto	

B. Tipo de solicitud

Marque el tipo de caso que se remite (todas las casillas aplicables):

☐ Receptor de donante vivo convencional
☐ Receptor de donante vivo cruzado
☐ Donante vivo convencional
☐ Donante vivo cruzado
☐ Receptor de trasplante renal de donante fallecido
☐ Segunda opinión (traslado dentro de la misma CA)
☐ Segunda opinión (traslado entre diferentes CA)
☐ Consulta clínica puntual

C. Datos del paciente

Campo	Valor
Código de registro interno	(a cumplimentar por la ONT)
Fecha de nacimiento	(formato 01/01/2015)
Sexo	◯ Hombre ◉ Mujer
Comunidad Autónoma de residencia	

ont@sanidad.gob.es

C/ Sinesio Delgado 8 (Pabellón 3)
28029 Madrid
Tel: 91 822 4900
Fax: 91 314 2956

D. Motivo de consulta y factores de complejidad

Describa brevemente el motivo de consulta y los factores de complejidad (máx. 1500 caracteres):

E. Documentación adjunta

Marque la documentación que acompaña a esta solicitud:

☐ Informe clínico actualizado (obligatorio)
☐ Resultados analíticos
☐ Pruebas de imagen u otras pruebas complementarias
☐ Informe trabajo social / psicología
☐ Informe del comité de ética asistencial

Otros (especificar): _____

Firma del médico responsable:	Nº Registro ONT (uso exclusivo ONT)

C/ Sinesio Delgado 8 (Pabellón 3)
28029 Madrid
Tel: 91 822 4900
Fax: 91 314 2956