

**1.- Datos del Donante**

Nombre del donante: \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Cédula Identidad: \_\_\_\_\_

Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

**CODIGO DEL DONANTE**  
(Para uso exclusivo del BANTEC)

**2.- Antecedentes médicos del donante vivo y/o cadavérico de Tejido óseo (Marque la respuesta con una X en "SI" o "NO")**

1	Antecedentes de enfermedades óseas	SI	NO
2	Historia o factores de riesgo de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y Sífilis	SI	NO
3	Sepsis	SI	NO
4	Grupos de riesgo: prostitución, drogadicción intravenosa y/o antecedentes carcelarios menores de 6 meses.	SI	NO
5	Cáncer	SI	NO
6	Enfermedades hematológicas por causa desconocida	SI	NO
7	Enfermedades neurológicas por causa desconocida o degenerativa	SI	NO
8	Transfusiones previas: 48 horas previas a la cirugía.	SI	NO
9	Lepra	SI	NO
10	Infecciones de la piel y Tejido Celular Subcutáneo: dermatitis, lesiones inflamatorias o abrasiones en áreas a ser extraídas.	SI	NO
11	Historia de la osteoartritis	SI	NO
12	Enfermedades metabólicas óseas (osteoporosis, osteopetrosis, la enfermedad de Paget, etc)	SI	NO
13	Poliarteritis nodosa	SI	NO
14	Sarcoidosis	SI	NO
15	Tratamiento conocido con sustancia que altere la calidad ósea (corticoides, plomo)	SI	NO
16	Artritis Reumatoide, Lupus eritematoso	SI	NO
17	Administración crónica de esteroides	SI	NO

**PROCEDIMIENTO DE ABLACION DEL TEJIDO**

**1.- Valoración del tiempo para la Ablación del tejido de "DONANTE CADAVERICO" (en caso de que aplique)**

Código del Donante(Zonal): \_\_\_\_\_

	Fecha	Hora	Tiempo Transcurrido	CAUSA DE LA MUERTE
Fallecimiento:				
Inicio de Ablación			(menor a 8 horas)	

**2.- Valoración del tejido de "DONANTE VIVO" (en caso de que aplique)**

**DONANTE APTO PARA LA DONACION**

**SI**

**NO**

**ASPECTO DEL TEJIDO AL MOMENTO DE LA EXTRACCION**

**ADECUADO**

**INADECUADO**

Fecha de extracción: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**3.- Tejido extraído**

Cabeza Femoral  
Cóndilo Interno  
Cóndilo Externo  
Menisco Interno/Externo  
Menisco Int/Ext + Pastilla ósea  
Meseta tibial  
Fémur

Derecho	Izquier.

Tendón de Aquiles  
Tendones tendinosos  
Tendón Izquiero tibial  
Tendón Rotuliano  
Tendón Extensor Hallux  
Tendón Flexor Hallux  
Tendón tibial anterior

Derech.	Izquier.

Tendón tibial posterior  
Tendones de mano  
Tibia  
Peroné  
Pelvis  
Nervios

Derech.	Izquier.

Otros: \_\_\_\_\_

**4.- Descripción breve del Tejido extraído:**

\_\_\_\_\_

**5.- Almacenamiento temporal y/o entrega del tejido:**

Quirófano

Banco de Sangre/Servicio de Medicina Transfusional

Banco de Tejidos(inmediato)

Otros: \_\_\_\_\_

**6.- Observaciones:**

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico responsable: \_\_\_\_\_

Firma del Médico responsable: \_\_\_\_\_

Sello del Médico responsable: \_\_\_\_\_