

VERSIÓN 05

Fecha: 

DÍA	MES	AÑO
/	/	

COORDINACIÓN ZONAL INDOT:  (1 - 2 - 3)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD IDENTIFICADOR:  RED: PÚBLICA  PRIVADA

CIUDAD

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Código del donante:  Nacionalidad:

Edad:  Sexo: F  M  Estado civil:

Ocupación:  Etnia:  Tipo de sangre:

Causa del fallecimiento:  CIE - 10  Muerte Violenta: SI  NO

### 2. TIPO DE DONACIÓN:

Órganos y Tejidos

Órganos

Tejidos

### 3. ANTECEDENTES PERSONALES (TIEMPO Y TRATAMIENTO)

Causa de muerte conocida  SI  NO

Antecedentes de HTA (año de inicio)  SI  NO

Antecedentes de DM (año de inicio)  SI  NO

Dislipidemia  SI  NO

Cirugía previa (incluir cirugía refractiva ocular)  SI  NO

Historia de nefropatía/urología  SI  NO

Historia de cardiopatía  SI  NO

Historia de patología digestiva  SI  NO

Historia de patología respiratoria  SI  NO

Historia de patología neurológica  SI  NO

Historia de ginecología/obstetricia  SI  NO

G  P  A  C  FUM  C-M

Historia de enfermedad autoinmune  SI  NO

Historia de enfermedad hematológica  SI  NO

Neoplasia (especifique)  SI  NO

Historia de enfermedad infecciosa  SI  NO

Tratamiento crónico  SI  NO

Historia de transfusiones previas  SI  NO

Presencia o evidencia de irradiación previa de la zona del órgano o tejido a extraer  SI  NO

#### Hábitos:

Tabaquismo. Dosis  cig/día  SI  NO

Alcoholismo. Dosis  gr/día  SI  NO

Drogas, en caso afirmativo especificar tipo y vía de administración  SI  NO

Ingesta o exposición a sustancias tóxicas que puedan transmitir a dosis tóxicas al receptor  SI  NO

OBSERVACIONES:



**8. ANALÍTICAS**

**Hematología**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

Leucocitos

Neutrófilos %

Linfocitos %

Monocitos %

Eosinófilos %

Basófilos %

Glóbulos Rojos

Hemoglobina

Hematocrito

Plaquetas

**Gasometría**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO CONTROL

Ph

PO<sub>2</sub>

PCO<sub>2</sub>

HCO<sub>2</sub>

EB

SATO<sub>2</sub>

FIO<sub>2</sub>

PEEP

PaFi

**Uroanálisis**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO CONTROL

Densidad

Ph

Glucosa

Proteínas

Hematíes (sangre)

Cetonas

Urobilinógeno y bilirrubina

Nitritos

Cristales

Células epiteliales y cilindros

**Serología**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

HIV I

HIV II

HTLV I

HTLV II

VDRL

CMV IgM

CMV IgG

Toxoplasma IgM

Toxoplasma IgG

Rubeola IgM

Rubeola IgG

EBV IgM

EBV IgG

Herpes I IgM

Herpes I IgG

Herpes II IgM

Herpes II IgG

HBsAg

Anti-HBs

Anti-HBc

Anti-VHC

Chagas

**Coagulación y Electrolitos**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO CONTROL

TP

INR

TTP

Na

K

Ca

Cl

**Química Sangünea**

Fecha:  /  /

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO CONTROL

Glucosa

Urea

Creatinina

Bilirrubina Total

Bilirrubina Directa

Bilirrubina Indirecta

Proteínas Totales

Albúmina

Fosfatasa Alcalina

Gama GT

AST/TGO

ALT/TGP

Amilasa

Lipasa

LDH

CK

CK-MB

Colesterol

Triglicéridos

**Hormonal**

BHCG (Mujeres en edad fértil)

+

-

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

EXÁMENES DE IMAGEN

Ecografía Abdominal

DÍA MES AÑO

Tomografía

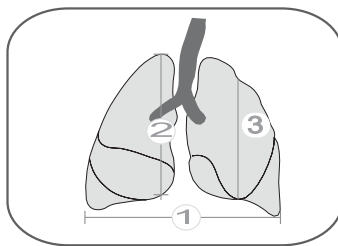
DÍA MES AÑO

Broncoscopia

DÍA MES AÑO

Rx Tórax

DÍA MES AÑO



- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello Coordinador Intrahospitalario o Profesional a cargo del donante

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_