Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
INDOT

FORMULARIO INDOT - PDC - 02

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONANTE CADAVÉRICO EN MUERTE ENCEFÁLICA (ME)

República del Ecuador — Gobierno del Ecuador — GUILLERMO LASSO PRESIDENTE

VERSIÓN 04

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 ☐

Alcoholimo. Dosis _____ gr /día _____ SI ☐ NO ☐

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

_____

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

_____

OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

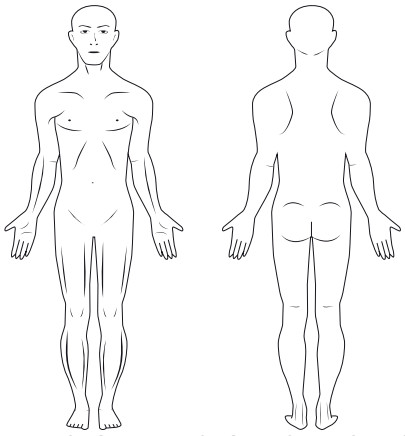
ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA. NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES

Código del donante: _____

4. EXPLORACIÓN DEL DONANTE

1. Tatuajes SI ☐ NO ☐ Tiempo:_____
2. Pearcings SI ☐ NO ☐ Tiempo:_____
3. Cicatrices SI ☐ NO ☐
4. Tumoraciones SI ☐ NO ☐
5. Venopunciones no terapéuticas SI ☐ NO ☐
6. Traumatismos SI ☐ NO ☐
7. Condilomas SI ☐ NO ☐
8. Ictericia SI ☐ NO ☐
9. Adenopatías SI ☐ NO ☐

Otras_____



Marcar el número en la área de exploración

PESO APROXIMADO_____Kg TALLA APROXIMADA_____cm P. TORÁXICO_____cm P. ABDOMINAL_____cm

OBSERVACIONES: _____

5. HEMODINAMIA

	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
FECHA	/ /	/ /	/ /	/ /
HORA				
TA				
TAM				
FC				
DIURESIS / HORA				

OLIGURIA / ANURIA SI ☐ NO ☐ _____CC/ KG/H Duración_____

PARADA CARDIACA SI ☐ NO ☐ Fecha_____ DÍA MES AÑO / / Duración sin RCP_____min

☐ RCP Básica Duración de RCP_____ min ☐ RCP Avanzada Duración de RCP_____ min

6. EVOLUCIÓN DEL DONANTE

TIEMPO EN ÁREA CRÍTICA: _____ DÍAS CON INTUBACIÓN: _____

FIEBRE: SI ☐ NO ☐
FOCO INFECCIOSO CONOCIDO: SI ☐ NO ☐
SEPSIS SI ☐ NO ☐

HEMOCULTIVO: SI ☐ NO ☐
UROCULTIVO: SI ☐ NO ☐
SECRECIÓN BRONQUIAL: SI ☐ NO ☐

FECHA:_____ GERMEN:_____ Resistente a: _____ Sensible a: _____

FECHA:_____ GERMEN:_____ Resistente a: _____ Sensible a: _____

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO:

ATB 1_____DOSIS INICIAL _____FINAL_____
ATB 2_____DOSIS INICIAL _____FINAL_____
ATB 3_____DOSIS INICIAL _____FINAL_____

7. MANTENIMIENTO

Drogas vasoactivas SI ☐ NO ☐

1)_____Fecha de inicio_____/_____Dosis_____UG/KG/MIN
2)_____Fecha de inicio_____/_____Dosis_____UG/KG/MIN
3)_____Fecha de inicio_____/_____Dosis_____UG/KG/MIN

Transfusiones SI ☐ NO ☐

TIPO: _____
N° DE PAQUETES: _____
FECHA ÚLTIMA DOSIS_____

OBSERVACIONES: _____

Código del donante:

8. ANALÍTICAS

Hematología

	DÍA MES AÑO
Fecha:	/ /
Hora:	:
	INICIO DEL OPERATIVO
Leucocitos	
Neutrófilos %	
Linfocitos %	
Monocitos %	
Eosinófilos %	
Basófilos %	
Glóbulos Rojos	
Hemoglobina	
Hematocrito	
Plaquetas	

Gasometría

	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
Fecha:	/ /	/ /
Hora:	:	:
	INICIO DEL OPERATIVO	CONTROL
Ph		
PO_2		
PCO_2		
HCO_2		
EB		
$SATO_2$		
FIO_2		
PEEP		
PaFi		

Uroanálisis

	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
Fecha:	/ /	/ /
Hora:	:	:
	INICIO DEL OPERATIVO	CONTROL
Densidad		
Ph		
Glucosa		
Proteínas		
Hematíes (sangre)		
Cetonas		
Urobilinógeno y bilirrubina		
Nitritos		
Cristales		
Células epiteliales y cilindros		

Serología

	DÍA MES AÑO
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

	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
Fecha:	/ /	/ /
Hora:	:	:
	INICIO DEL OPERATIVO	CONTROL
TP		
INR		
TTP		
Na		
K		
Ca		
Cl		

Hormonal

BHCG (Mujeres en edad fértil)

+	-

Química Sanguínea

	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
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		

OBSERVACIONES: _____

Código del donante:

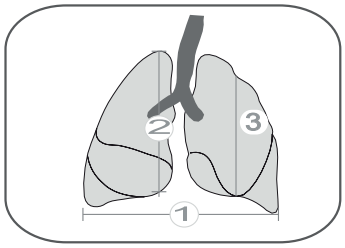
9 EXÁMENES DE IMAGEN

Ecografía Abdominal
DÍA MES AÑO
/ /

Tomografía
DÍA MES AÑO
/ /

Broncoscopía
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. _____