



VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

PDC-01-CZ...-PRL-20...-.....

INSTITUCIÓN | CÓDIGO UNIDAD OPERATIVA | COD. LOCALIZACIÓN | N° HISTORIA CLÍNICA

Pública: Privada: Parroquia Cantón Provincia

1. REGISTRO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

Apellidos y nombres: N° Cédula/Pasaporte: Fecha de nacimiento: Sexo: F M Estado civil: Fecha de ingreso hospital: Hora Servicio: N° de cama: Fecha de ingreso a UCI / Emergencias: Hora N° de cama: Glasgow de ingreso: Muerte violenta: Si No Diagnóstico de ingreso: CIE-10: Parada cardíaca previa al ingreso: Si No Duración: Fecha: Hora:

2. PRERREQUISITOS

T° TA TAM PO2 PCO2 ¿Existen alteraciones metabólicas o endócrinas? Si No ¿ Existe historia de intoxicaciones previas ? Si No Describa: ¿ Existe antecedente de uso de bloqueadores neuromusculares o drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC) ? Si No Medicamento/ droga: Fecha última dosis: Hora: ¿Daño estructural identificado? Si No ¿Cumple con los requisitos para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO de muerte encefálica? Si No

OBSERVACIONES:

3. PRIMERA VALORACIÓN NEUROLÓGICA Fecha Hora

T° TA TAM EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SI en caso de estar presente ó NO si esta ausente) Corneal bilateral SI NO Reflejo nauseoso SI NO Fotomotor bilateral SI NO Reflejo tusígeno SI NO Oculocefalico bilateral SI NO Prueba de atropina SI NO Oculovestibular bilateral SI NO Test de apnea: SI NO

OBSERVACIONES:

Firma y sello responsable de la evaluación 1 NOMBRES Y APELLIDOS: C.I.

4. SEGUNDA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha

DÍA / MES / AÑO

Hora

:

T° _____ TA _____ TAM _____

EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SI en caso de estar presente ó NO si esta ausente)

Corneal bilateral SI NO Reflejo nauseoso SI NO Fotomotor bilateral SI NO Reflejo tusígeno SI NO Oculocefalico bilateral SI NO Prueba de atropina SI NO Oculovestibular bilateral SI NO Test de apnea: SI NO

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello responsable de la evaluación 2

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.I.

5. PRUEBAS INSTRUMENTALES

EEG: () ANGIOGRAFÍA CEREBRAL: () ANGIO TAC: () DOPPLER TRANSCRANEAL: ()

Fecha: / / Hora: : REPORTE: _____

DÍA / MES / AÑO

6. ACTA DE CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA POR EL PERSONAL MÉDICO

1. Apellidos y nombres (médico): _____

Especialidad: _____

N° Cédula: _____

2. Apellidos y nombres (médico): _____

Especialidad: _____

Neurólogo / Neurocirujano

N° Cédula: _____

CERTIFICAN CONJUNTAMENTE LA MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS DE:

Apellido paterno

Apellido materno

Primer nombre

Segundo nombre

N° Cédula / pasaporte: _____

Provincia: _____

Ciudad: _____

Fecha: / /

DÍA / MES / AÑO

Hora: _____

:

Firma del Especialista

Firma del Neurólogo / Neurocirujano