

VERSIÓN 02

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:

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

### 2. TIPO DE DONACIÓN:

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

Antecedentes Quirúrgicos (Incluir cirugías oculares) \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de patología respiratoria \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de patología neurológica \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de enfermedad autoinmune \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de enfermedad hematológica \_\_\_\_\_ SI  NO

Neoplasia / Cáncer (especifique): \_\_\_\_\_ SI  NO

Tratamiento con quimioterapia \_\_\_\_\_ SI  NO

Metástasis \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de enfermedad infecciosa \_\_\_\_\_ SI  NO

Tratamiento crónico \_\_\_\_\_ SI  NO

Historia de transfusiones previas \_\_\_\_\_ SI  NO

Irradiación previa de la zona del tejido a extraer (año de finalización) \_\_\_\_\_ SI  NO

#### Hábitos:

Tabaquismo. Dosis \_\_\_\_\_ cig/día \_\_\_\_\_ SI  NO

Alcoholismo. Dosis \_\_\_\_\_ gr/día \_\_\_\_\_ SI  NO

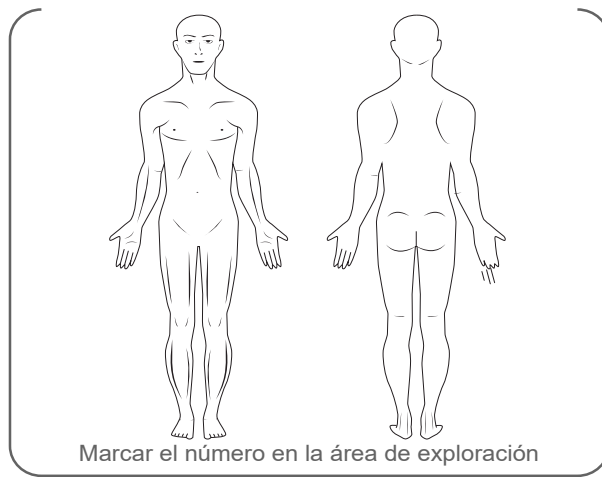
Drogas, en caso afirmativo especificar tipo y vía de administración \_\_\_\_\_ SI  NO

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

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

**4. EXPLORACIÓN DEL DONANTE**

- 1. Tatuajes. SI  NO  Tiempo: \_\_\_\_\_
  - 2. Pearinges. 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. Ojo: Fractura, opacidad, ictericia hemorragia, infecciones y cuerpo extraño. SI  NO
  - 9. Adenopatías. SI  NO
- Otras \_\_\_\_\_



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

**5. EVOLUCIÓN DEL DONANTE**

TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN : \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>FOCO INFECCIOSO CONOCIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SEPSIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | HEMOCULTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>UROCULTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SECRECIÓN BRONQUIAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---|---|

FECHA: \_\_\_\_\_ GERMEN: \_\_\_\_\_ Resistente a: \_\_\_\_\_ Sensible a: \_\_\_\_\_  
 FECHA: \_\_\_\_\_ GERMEN: \_\_\_\_\_ Resistente a: \_\_\_\_\_ Sensible a: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO:**

- |             |                        |                  |
|-------------|------------------------|------------------|
| ATB 1 _____ | FECHA DE INICIO: _____ | FECHA FIN: _____ |
| ATB 2 _____ | FECHA DE INICIO: _____ | FECHA FIN: _____ |
| ATB 3 _____ | FECHA DE INICIO: _____ | FECHA FIN: _____ |

Transfusiones SI  NO  VALOR DE HEMODILUCIÓN: \_\_\_\_\_  
 TIPO: \_\_\_\_\_  
 N° DE PAQUETES: \_\_\_\_\_  
 FECHA ÚLTIMA DOSIS \_\_\_\_\_

**6. ANALÍTICAS (HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN SOLO PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS MÁS DE 24 HORAS)**

**Hematología**

Fecha:  /  /

Hora:  :

INICIO DEL OPERATIVO

Leucocitos	<input type="text"/>
Neutrófilos %	<input type="text"/>
Linfocitos %	<input type="text"/>
Monocitos %	<input type="text"/>
Eosinófilos %	<input type="text"/>
Basófilos %	<input type="text"/>
Glóbulos Rojos	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="text"/>
Hematocrito	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>

**Serología**

Fecha:  /  /

Hora:  :

INICIO DEL OPERATIVO

HIV I	<input type="text"/>
HIV II	<input type="text"/>
CMV IgM	<input type="text"/>
Toxoplasma IgM	<input type="text"/>
Rubeola IgM	<input type="text"/>
HBsAg	<input type="text"/>
Anti-HBs	<input type="text"/>
Anti-HBc	<input type="text"/>
Anti-VHC	<input type="text"/>
Chagas	<input type="text"/>
Sífilis (VDRL)	<input type="text"/>
Sífilis (FTA - ABS)	<input type="text"/>

**Coagulación**

Fecha:	<input type="text" value="DÍA MES AÑO"/> / <input type="text" value="DÍA MES AÑO"/> / <input type="text" value="DÍA MES AÑO"/>	<input type="text" value="DÍA MES AÑO"/> / <input type="text" value="DÍA MES AÑO"/> / <input type="text" value="DÍA MES AÑO"/>
Hora:	<input type="text" value=":"/> :	<input type="text" value=":"/> :
	INICIO DEL OPERATIVO	CONTROL
TP	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INR	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TTP	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Hormonal**

BHCG (Mujeres en edad fértil)

+  -

7. EXÁMENES DE IMAGEN

---

---

---

---

Firma y sello Coordinador Intrahospitalario o Profesional a cargo del donante

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

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