

VERSIÓN 01

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

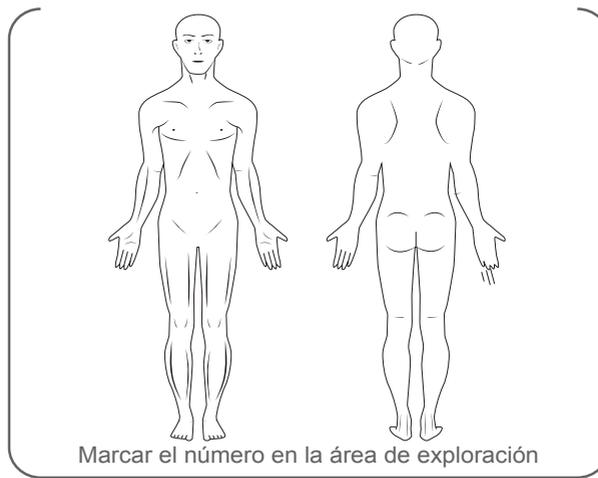
Drogas, en caso afirmativo especificar tipo y vía de administración _____ SI NO

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. 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. 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"/>
FOCO INFECCIOSO CONOCIDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SEPSIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | HEMOCULTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
UROCULTIVO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
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. _____