



Ministerio de Salud Pública

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

FORMULARIO INDOT - PDC - 02

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONANTE CADAVERÍCO

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

PDC-02-CZ...-PRL-2014-.....

Provincia: Ciudad: Fecha: / /

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: PÚBLICA PRIVADA MUNICIPAL UNIDAD OPERATIVA:

CÓDIGO DE LA UNIDAD MÉDICA: PROVINCIA: CIUDAD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Código del donante: Nacionalidad:

Edad: Discapacidad: SI NO Sexo: F M Estado civil:

Ocupación: Etnia: Tipo de sangre:

Causa del fallecimiento: CIE - 10 Judicial: SI NO

2. TIPO DE DONACIÓN:

ÓRGANOS

TEJIDOS

RIÑÓN DER: RIÑÓN IZQ: PÁNCREAS:

CÓRNEAS: PIEL: HUESOS:

HÍGADO: PULMÓN IZQ: PULMÓN DER:

LIGAMENTOS: VÁLVULAS:

CORAZÓN: INTESTINO:

Colocar SI en organos y tejidos donados.

3. ANTECEDENTES PERSONALES (TIEMPO Y TTO)

Causa de muerte conocida SI NO

Antecedentes de HTA (año de inicio) SI NO

Antecedentes de DM (año de inicio) SI NO

Historia de tabaquismo. Dosis cig/día SI NO

Historia de alcoholismo. Dosis g/día 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

Recibe tratamiento crónico SI NO

Historia de adicción a drogas, en caso afirmativo especifique el tipo de droga y la vía de administración SI NO

Historia de ingesta o exposición a sustancias tóxicas que puedan transmitir a dosis tóxicas al receptor SI NO

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

Historia de demencia, enfermedad neurológica de etiología vírica o desconocida SI NO

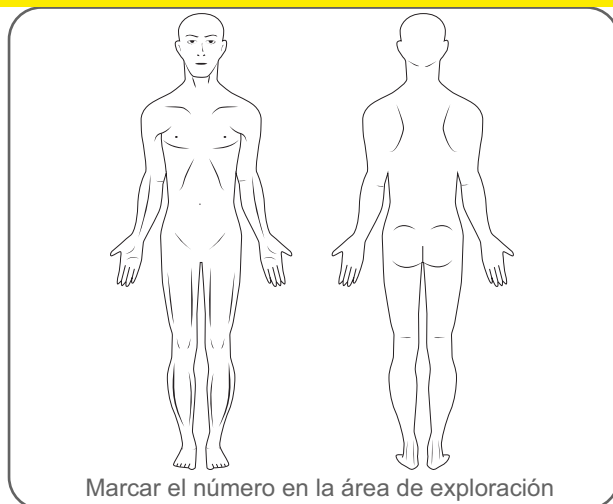
Historia de transfusiones previas SI NO

Historia, evidencia clínica, o positividad de test de laboratorio de infección por VIH, VHB o VHC SI NO

OBSERVACIONES:

4. EXPLORACION DEL DONANTE

- 1. Tatuajes SI NO
 - 2. Pearingings SI NO
 - 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. Adenopatias SI NO
- Otras _____



PESO _____ Kg TALLA _____ cm P. TORÁXICO _____ cm P. ABDOMINAL _____ cm

OBSERVACIONES: _____

5. HEMODINAMIA

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

- OLIGURIA SI NO
- Hipo TA (TAS < 80) SI NO
- HTA (TAS > 160) SI NO
- PARADA CARDIACA SI NO

Fecha de inicio ^{DÍA MES AÑO} / / Duración _____

Fecha de inicio / / Duración _____

Fecha de inicio / / Duración _____

Fecha / / Duración sin RCP _____ min

RCP Básica Duración de RCP _____ min RCP Avanzada Duración de RCP _____ min

6. EVOLUCION DEL DONANTE

Fecha de ingreso hospitalario: ^{DÍA MES AÑO} / /

Fecha de fallecimiento (muerte encefálica): / /

Tiempo en UCI/otros desde el ingreso: / /

- FIEBRE: SI NO
- FOCO CONOCIDO: SI NO
- SECRECIONES BRONQUIALES: SI NO
- SEPSIS: SI NO

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO:

ATB1 _____ DOSIS _____ INICIAL _____ FINAL _____

ATB2 _____ DOSIS _____ INICIAL _____ FINAL _____

ATB3 _____ DOSIS _____ INICIAL _____ FINAL _____

ATB4 _____ DOSIS _____ INICIAL _____ FINAL _____

7. MANTENIMIENTO

Drogas vasoactivas SI NO

_____ Fecha de inicio ____/____/____ Dosis ____/____/____

_____ Fecha de inicio ____/____/____ Dosis ____/____/____

_____ Fecha de inicio ____/____/____ Dosis ____/____/____

_____ Fecha de inicio ____/____/____ Dosis ____/____/____

_____ Fecha de inicio ____/____/____ Dosis ____/____/____

Transfusiones SI NO

_____ Dosis Ult 48h _____

_____ Dosis Ult 48h _____

_____ Dosis Ult 48h _____

OBSERVACIONES: _____

8. ANALÍTICAS

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Hematología	Ingreso	Pre extracción
Leucocitos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neutrófilos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Linfocitos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monocitos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eosinófilos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Basófilos %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glóbulos Rojos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemoglobina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hematócritos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaquetas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gasometría	Ingreso	Control	Pre extracción
Ph	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PCO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HCO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SatO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIO ₂	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEEP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uroanálisis	Ingreso	Pre extracción
Densidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ph	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Glucosa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteínas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemáties(sangre)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cetonas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urobilinógenos y bilirrubina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nitrito	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cristales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Células epiteliales y cilindros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Fecha:

Hora:

Serología	Pre extracción
HIV I	<input type="text"/>
HIV II	<input type="text"/>
HTLV I	<input type="text"/>
HTLV II	<input type="text"/>
CMV IgM	<input type="text"/>
CMV IgG	<input type="text"/>
Toxoplasma IgM	<input type="text"/>
Toxoplasma IgG	<input type="text"/>
VDRL	<input type="text"/>
E.B.V Agudo	<input type="text"/>
E.B.V Ebna IgG	<input type="text"/>
E.B.V Vca IgG	<input type="text"/>
Chagas	<input type="text"/>
Herpes I	<input type="text"/>
Herpes II	<input type="text"/>
AG.Hbs	<input type="text"/>
AC AntiHbc	<input type="text"/>
AC AntiHbs	<input type="text"/>
Hbc	<input type="text"/>
Rubeola IgM	<input type="text"/>
Rubeola IgG	<input type="text"/>

Cuagulación Electrolitos	Ingreso	Control	Pre extracción
TP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TTP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Na	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cl	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Química	Ingreso	Control	Pre extracción
Glucosa Basal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nitrógeno Ureico	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Creatinina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bilirrubina Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bilirrubina Indirecta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bilirrubina Directa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Proteinas Totales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Albúmina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Globulina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fosfatasa Alcalina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gama GT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AST/TGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALT/TGP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Amilasa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lipasa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LDH	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colesterol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trigliceridos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CK	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MB	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. CULTIVOS PREVIOS

HEMOCULTIVO SI NO GERMEN _____ SENSIBLE A _____
 FECHA _____ RESISTENTE A _____

UROCULTIVO SI NO GERMEN _____ SENSIBLE A _____
 FECHA _____ RESISTENTE A _____

SECRECIÓN ENDOTRAQUEAL SI NO GERMEN _____ SENSIBLE A _____
 FECHA _____ RESISTENTE A _____

COMENTARIOS: _____

10. HORMONAL

BHCG: + -

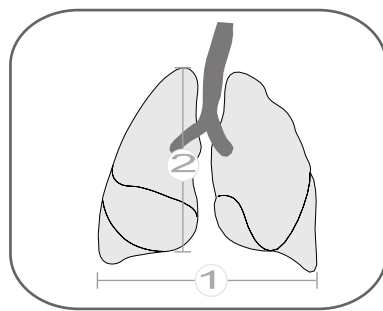
11. EXÁMENES DE IMAGEN

Ecografía Abdominal
 DÍA MES AÑO

Tomografía
 DÍA MES AÑO

Broncoscopia
 DÍA MES AÑO

Rx Torax
 DÍA MES AÑO



1. _____
 2. _____

COMENTARIOS: _____

Firma y sello Coordinador de Trasplante responsable

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

C.I. _____