

1.- Datos del Donante

Nombre del donante: _____

Establecimiento de Salud: _____

Cédula Identidad: _____

Historia Clínica: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Teléfonos: _____

CODIGO DEL DONANTE
(Para uso exclusivo del BANTEC)

2.- Antecedentes médicos del donante vivo y/o cadavérico de Tejido óseo (Marque la respuesta con una X en "SI" o "NO")

1	Antecedentes de enfermedades óseas	SI	NO
2	Historia o factores de riesgo de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y Sífilis	SI	NO
3	Sepsis	SI	NO
4	Grupos de riesgo: prostitución, drogadicción intravenosa y/o antecedentes carcelarios menores de 6 meses.	SI	NO
5	Cáncer	SI	NO
6	Enfermedades hematológicas por causa desconocida	SI	NO
7	Enfermedades neurológicas por causa desconocida o degenerativa	SI	NO
8	Transfusiones previas: 48 horas previas a la cirugía.	SI	NO
9	Lepra	SI	NO
10	Infecciones de la piel y Tejido Celular Subcutáneo: dermatitis, lesiones inflamatorias o abrasiones en áreas a ser extraídas.	SI	NO
11	Historia de la osteoartritis	SI	NO
12	Enfermedades metabólicas óseas (osteoporosis, osteopetrosis, la enfermedad de Paget, etc)	SI	NO
13	Poliarteritis nodosa	SI	NO
14	Sarcoidosis	SI	NO
15	Tratamiento conocido con sustancia que altere la calidad ósea (corticoides, plomo)	SI	NO
16	Artritis Reumatoide, Lupus eritomatoso	SI	NO
17	Administración crónica de esteroides	SI	NO

PROCEDIMIENTO DE ABLACION DEL TEJIDO

1.- Valoración del tiempo para la Ablación del tejido de "DONANTE CADAVERICO" (en caso de que aplique)

Código del Donante(Zonal): _____

	Fecha	Hora	Tiempo Transcurrido	CAUSA DE LA MUERTE
Fallecimiento:				
Inicio de Ablación			(menor a 8 horas)	

2.- Valoración del tejido de "DONANTE VIVO" (en caso de que aplique)

DONANTE APTO PARA LA DONACION

SI

NO

ASPECTO DEL TEJIDO AL MOMENTO DE LA EXTRACCION

ADECUADO

INADECUADO

Fecha de extracción: _____

Hora: _____

3.- Tejido extraído

Cabeza Femoral
Cóndilo Interno
Cóndilo Externo
Menisco Interno/Externo
Menisco Int/Ext + Pastilla ósea
Meseta tibial
Fémur
Otros: _____

Derecho	Izquier.

Tendón de Aquiles
Tendones tendinosos
Tendón Izquiero tibial
Tendón Rotuliano
Tendón Extensor Hallux
Tendón Flexor Hallux
Tendón tibial anterior

Derech.	Izquier.

Tendón tibial posterior
Tendones de mano
Tibia
Peroné
Pelvis
Nervios

Derech.	Izquier.

4.- Descripción breve del Tejido extraído:

5.- Almacenamiento temporal y/o entrega del tejido:

Quirófano

Banco de Sangre/Servicio de Medicina Transfusional

Banco de Tejidos(inmediato)

Otros: _____

6.- Observaciones:

Nombre del Médico responsable: _____

Firma del Médico responsable: _____

Sello del Médico responsable: _____