
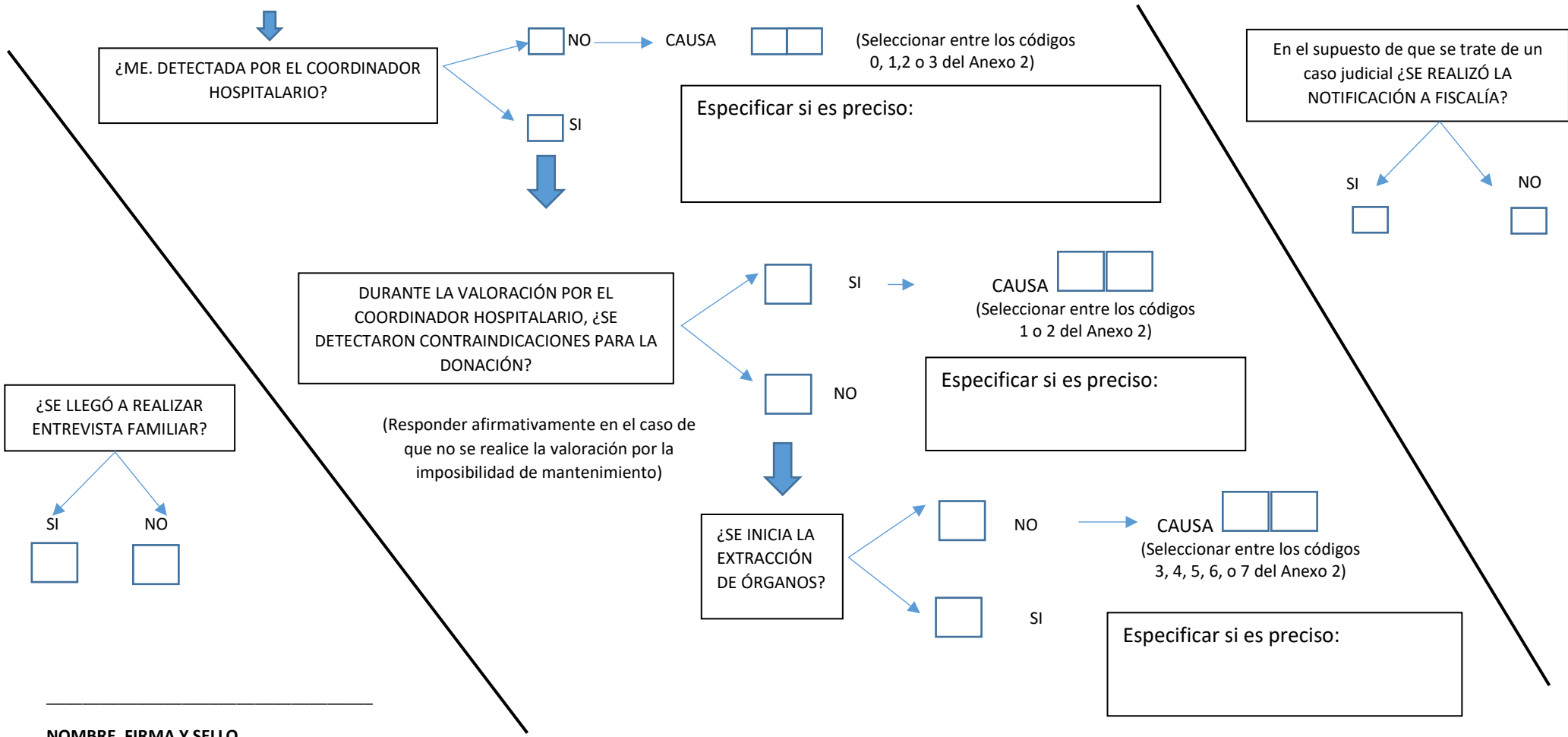


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> 	CONTROL OPERATIVOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS		FECHA: 12-09-2022	
	Versión: 02		CÓDIGO: RG-INDOT-519	
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 1 de 6	


ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	NOMBRE COORDINADOR INTRAHOSPITALARIO Y/O INDOT:
---------------------------	---

PACIENTES CON GLASGOW DE 7 O MENOR EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y/O CRÍTICOS			
NOMBRES Y APELLIDOS :			
NRO. DE CAMA:	HISTORIA CLÍNICA Y/O CI:	CAUSA DE FALLECIMIENTO: (Ver anexo 1)	
FECHA DE DETECCIÓN:	EDAD:	SEXO:	MUERTE VIOLENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SALIDA DEL PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFÁLICA			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI LA ES RESPUESTA SI COLOCAR CAUSA CAUSA: <input type="text"/> <input type="text"/> (Ver código 6 del Anexo 1)	FECHA:	HORA:
PACIENTE FALLECIDO CON CRITERIOS Y/O DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA (ME)			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA DEL FALLECIMIENTO:		

* Documento para llenar en todos los pacientes que ingresen a las unidades de cuidados críticos con Glasgow de 7 o menor




NOMBRE, FIRMA Y SELLO
COORDINADOR INTRAHOSPITALARIO Y/O INDOT


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	CONTROL OPERATIVOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS	FECHA: 12-09-2022							
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-519							
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">PUBLICADO</td> <td style="text-align: center; border: none;">EN ANALISIS</td> <td style="text-align: center; border: none;">BORRADOR</td> <td style="text-align: center; border: none;">OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

ANEXOS:


ANEXO 1: CAUSA DE FALLECIMIENTO			
CÓDIGO		CAUSA DE FALLECIMIENTO	
1	A	TCE – ACCIDENTE DE TRÁNSITO	
1	B	TCE – DISPARO ARMA DE FUEGO/DELINCUENCIA	
1	C	TCE – CAÍDA DE ALTURA/ACCIDENTE LABORAL	
1	D	TCE - OTROS	
2	A	ACV -ISQUÉMICO	
2	B	ACV - HEMORRÁGICO INTRAPARENQUIMATOSO	
2	C	ACV – HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	
3		ANOXIA	
4		TUMOR	
5		OTRO	ESPECIFICAR
6	A	ALTA	ESPECIFICAR
6	B	OBSERVACIÓN	
6	C	PARO CARDIACO	

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	CONTROL OPERATIVOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS		FECHA: 12-09-2022
	Versión: 02		CÓDIGO: RG-INDOT-519
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 4 de 6

ANEXO 2: CAUSA DE PÉRDIDA DEL DONANTE			
NO SE AVISA A COORDINADOR DE TRASPLANTE			
CÓDIGO		CAUSA	
0	A	SIN UNA CAUSA ESPECÍFICA	
0	B	POR CONTRAINDICACIÓN MÉDICA	ESPECIFICAR
0	C	POR OTRA CAUSA	ESPECIFICAR
CONTRAINDICACIÓN MÉDICA			
1	A	FALLO MULTIORÁNICO DE CAUSA INFECCIOSA	
		FALLO MULTIORÁNICO DE CAUSA NO INFECCIOSA	
		INFECCIÓN BACTERIANA SISTÉMICA, SIN RESPUESTA	
		PATOLOGÍA SISTÉMICA - COLAGENOSIS/VASCULITIS	
		ADICCIÓN A DROGAS U OTROS FACTORES DE RIESGO	
		ENFERMEDAD HEMATOLOGICA DESCONOCIDA	
1	B	INFECCIÓN ESPECÍFICA TRANSMISIBLE	
		INFECCIÓN TBC SIN TRATAMIENTO	
		PATOLOGÍA SISTÉMICA - ARTERIOESCLEROSIS AVANZADA	
		FALLO MULTIORGÁNICO INEVITABLE	
		ENFERMEDAD NEUROLÓGICA DESCONOCIDA	
1	C	EMBARAZO EN CURSO	
		ENFERMEDAD TUMORAL MALIGNA	
		INFECCIÓN VÍRICA ACTIVA	ESPECIFICAR
		HIV O CONDUCTAS DE RIESGO	

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> 	CONTROL OPERATIVOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS		FECHA: 12-09-2022
	Versión: 02		CÓDIGO: RG-INDOT-519
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 5 de 6

		OTRA	ESPECIFICAR
OTRAS CONDICIONES QUE CONTRAINDICAN LA DONACIÓN			
2	A	IMPOSIBLE ESTABLECER LA CAUSA DE FALLECIMIENTO	
	B	IMPOSIBLE CERTIFICAR LA MUERTE ENCEFÁLICA	
	C	ANTECEDENTES DE INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA	
PROBLEMAS EN EL MANTENIMIENTO			
3	A	INFECCIÓN SISTÉMICA SIN GERMEN IDENTIFICADO Y SIN TRATAMIENTO	
	B	PCR IRREVERSIBLE	
	C	FALLO MULTIORGÁNICO EVITABLE - FALLO DEL MANTENIMIENTO	
	D	OTROS	ESPECIFICAR
PROBLEMAS ORGANIZATIVOS - RETRASOS			
4	A	NO LOCALIZACIÓN DE FAMILIARES	
	B	RETRASO JUDICIAL	
	C	LOGÍSTICA INTERNA	ESPECIFICAR
	D	LOGÍSTICA EXTERNA	ESPECIFICAR
	E	NO DISPONIBILIDAD DE MÉTODO DIÁGNOSTICO INICIAL	
	F	CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES QUE REQUIEREN DE MÉTODO DIÁGNOSTICO ALTERNATIVO NO DISPONIBLE	
	G	IMPOSIBILIDAD DE CONFIRMAR DIÁGNOSTICO LEGAL Y SE REMITE A OTRO CENTRO	
	H	PRUEBAS CONFIRMATORIAS NO CONCLUYENTES	

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	CONTROL OPERATIVOS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS		FECHA: 12-09-2022
	Versión: 02		CÓDIGO: RG-INDOT-519
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>
			PÁGINA: 6 de 6

AUSENCIA DE RECEPTOR ADECUADO			
5			
NEGATIVA JUDICIAL			
6			
NEGATIVA FAMILIAR			
7	A	NEGATIVA PREVIA DEL DONANTE	
7	B	NEGATIVA FAMILIAR SIN RAZON	
7	C	DUDAS SOBRE MUERTE ENCEFÁLICA	
7	D	DUDAS SOBRE INTEGRIDAD DEL CUERPO	
7	E	REINVINDICACIÓN SOCIAL	
7	F	PROBLEMAS CON EL PERSONAL SANITARIO	
7	G	CAUSAS RELIGIOSAS	
7	H	OTROS	ESPECIFICAR