



Ministerio
de Salud Pública

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

FORMULARIO INDOT-PDC-08

PROTOCOLOS QUIRÚRGICOS DE EXTRACCIÓN RIÑÓN/PÁNCREAS



ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES

CÓDIGO DEL DONANTE:

FECHA DE PROCEDIMIENTO:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

GÉNERO:

F

M

HORA DE INICIO:

HORA DE FINALIZACIÓN:

DURACIÓN:

HORA DE PINZAMIENTO DE LA AORTA:

HORA DE RETIRO DE RIÑÓN DERECHO:

HORA DE RETIRO DE RIÑÓN IZQUIERDO:

HORA DE RETIRO DE PÁNCREAS:

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:

MUERTE ENCEFÁLICA

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:

MUERTE ENCEFÁLICA

PROCEDIMIENTO:

EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS DE DONANTE CADAVERÍCO

NEFROCTOMÍA (DONANTE CADAVERÍCO)

PANCREATECTOMÍA (DONANTE CADAVERÍCO)

PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFÁLICA CORRECTAMENTE LLENADO

SI

NO

NOTIFICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS

SI

NO

Cirujano responsable de la nefroctomía:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

1er Ayudante nefroctomía:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

Cirujano responsable de la pancreatectomía:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

1er Ayudante:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

Anestesiólogo:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

Instrumentista:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

Circulante:

(NOMBRES Y APELLIDOS)

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

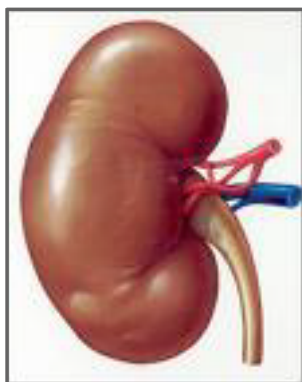
FORMULARIO INDOT-PDC-08 EXTRACCIÓN RIÑÓN/PÁNCREAS



ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES

INCISIÓN: _____

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (NEFROCTOMÍA/PANCREATECTOMÍA)

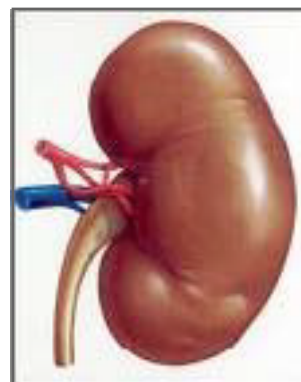


RIÑÓN DERECHO

NÚMERO DE ARTERIAS

NÚMERO DE VENAS

NÚMERO DE URETERES



RIÑÓN IZQUIERDO

ALTERACIONES ANATÓMICAS IMPORTANTES: _____

OBSERVACIONES: _____

MATERIALES UTILIZADOS: _____ litros de _____ (Tipo de solución)

EQUIPOS UTILIZADOS: _____ usuales para este procedimiento

COMPLICACIONES: _____

Cirujano: _____ (NOMBRES Y APELLIDOS) Firma: _____

Coordinador de Trasplantes: _____ (NOMBRES Y APELLIDOS) Firma: _____