



FORMULARIO INDOT-PDC-01 CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA

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



INSTITUCIÓN | CÓDIGO UNIDAD OPERATIVA | COD. LOCALIZACIÓN | N° HISTORIA CLÍNICA

Pública: Privada:

Parroquia: _____ Cantón: _____ Provincia: _____

N° Historia Clínica: _____

1. REGISTRO DE ADMISIÓN

Apellidos y nombres: _____

N° Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Género: F M Estado civil: _____

Fecha y hora de ingreso: _____ / _____ / _____ : _____ Servicio: _____ N° de cama: _____

Glasgow de ingreso: _____ Muerte violenta: Sí No

Diagnóstico de ingreso: _____ CIE-10: _____

Parada cardíaca previa: Sí No Duración: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ Hora: _____ :

2. PREREQUISITOS

T° _____ TA _____ TAM _____

PO2 _____ PCO2 _____

¿Existen alteraciones metabólicas o endócrinas? Sí No ¿Existe historia de intoxicaciones previas? Sí No

¿Existe antecedente de uso de bloqueadores neuromusculares o drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC)? Sí No

Medicamento/ droga: _____ Fecha última dosis: _____ Hora: _____

Medicamento/ droga: _____ Fecha última dosis: _____ Hora: _____

¿Cumple con los requisitos para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO de muerte encefálica? Sí No

OBSERVACIONES: _____

3. PRIMERA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

T° _____ TA _____ TAM _____ Fecha: _____ Hora: _____

EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SÍ en caso de estar presente ó NO si esta ausente)

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------|---|
| Corneal bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Reflejo nauseoso | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Fotomotor bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Reflejo tusígeno | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Oculocefálico bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Prueba de atropina | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Oculovestibular bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Test de apnea: | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello responsable de la evaluación 1
NOMBRES Y APELLIDOS:
C.I.

4. SEGUNDA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha / / Hora :T° TA TAM

EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SÍ en caso de estar presente ó NO si esta ausente)

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------|---|
| Corneal bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Reflejo nauseoso | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Fotomotor bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Reflejo tusígeno | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Oculocefalico bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Prueba de atropina | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| Oculovestibular bilateral | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Test de apnea: | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello responsable de la evaluación 2

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.I.

5. PRUEBAS INSTRUMENTALES

EEG: ANGIOGRAFÍA CEREBRAL: ANGIO TAC: DOPPLER TRANSCRANEAL: Fecha: / / Hora: : REPORTE: _____

6. ACTA DE CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA POR EL PERSONAL MÉDICO

1 Apellidos y nombres (médico): Especialidad: N° Cédula: Apellidos y nombres (médico): 2 Especialidad: Neurólogo / Neurocirujano N° Cédula:

CERTIFICAN CONJUNTAMENTE LA MUERTE BAJO CRITERIOS ENCEFÁLICOS DE:

| Apellido paterno | Apellido materno | Primer nombre | Segundo nombre |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

N° Cédula / pasaporte: Provincia: Ciudad: Fecha: / / Hora: :

Firma del Especialista

Firma del Neurólogo / Neurocirujano