



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

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES (MANCHONES, TACHONES)



Provincia: Ciudad: Fecha: DÍA / MES / AÑO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: UNIDAD OPERATIVA:

CÓDIGO DE LA UNIDAD MÉDICA: PROVINCIA: CIUDAD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Código del donante: Nacionalidad:

Edad: Discapacidad: SI ☐ NO ☐ Género: F ☐ M ☐ Estado civil:

Ocupación: Etnia: Tipo de sangre:

Causa del fallecimiento: CIE - 10 Judicial: SI ☐ NO ☐

2. TIPO DE DONACIÓN:

ÓRGANOS

TEJIDOS

RIÑÓN: ☐	PÁNCREAS: ☐	CÓRNEAS: ☐	PIEL: ☐	HUESOS: ☐
HÍGADO: ☐	CORAZÓN: ☐	LIGAMENTOS: ☐	VÁLVULAS: ☐	

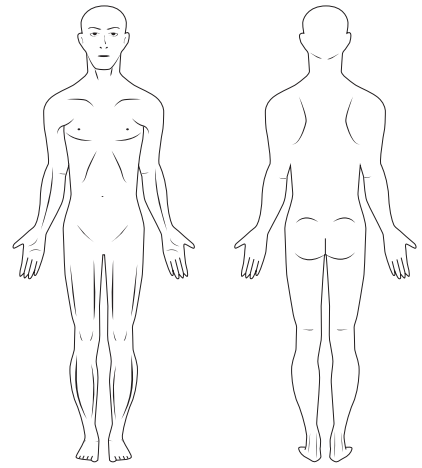
3. ANTECEDENTES PERSONALES (TIEMPO Y TTO)

Causa de muerte conocida	SI ☐ NO ☐
Antecedentes de HTA (año de inicio)	SI ☐ NO ☐
Antecedentes de DM (año de inicio)	SI ☐ NO ☐
Ha de tabaquismo. Dosis cig/día	SI ☐ NO ☐
Ha de alcoholismo. Dosis g/día	SI ☐ NO ☐
Dislipidemia	SI ☐ NO ☐
Cirugía previa (incluir cirugía refractiva ocular)	SI ☐ NO ☐
Ha de nefropatía/urología	SI ☐ NO ☐
Ha de cardiopatía	SI ☐ NO ☐
Ha de patología digestiva	SI ☐ NO ☐
Ha de patología respiratoria	SI ☐ NO ☐
Ha de patología neurológica	SI ☐ NO ☐
Ha de ginecología/obstetricia	SI ☐ NO ☐
G P A C FUM C-M	
Ha de enfermedad autoinmune	SI ☐ NO ☐
Ha de enfermedad hematológica	SI ☐ NO ☐
Neoplasia (especifique)	SI ☐ NO ☐
Recibe tratamiento crónico	SI ☐ NO ☐
Ha de adicción a drogas, en caso afirmativo especifique el tipo de droga y la vía de administración	SI ☐ NO ☐
Ha 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 ☐
Ha de demencia, enfermedad neurológica de etiología vírica o desconocida	SI ☐ NO ☐
Ha 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 ☐
- ☐ RCP Básica Duración de RCP _____ min
- ☐ RCP Avanzada Duración de RCP _____ min

DÍA MES AÑO

Fecha de inicio _____ Duración _____

Fecha de inicio _____ Duración _____

Fecha de inicio _____ Duración _____

Fecha _____ Duración sin RCP _____ min

6. EVOLUCION DEL DONANTE

Fecha de ingreso: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Tiempo en UCI/otros: _____

- FIEBRE: SI ☐ NO ☐
- FOCO CONOCIDO: SI ☐ NO ☐
- SECRECIONES PURULENTAS: 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

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
Fecha:	/	/	/	/	/	/
Hora:						
Hematología	Ingreso			Pre extracción		
Leucocitos						
Neutrófilos %						
Linfocitos %						
Monocitos %						
Eosinófilos %						
Basófilos %						
Glóbulos Rojos						
Hemoglobina						
Hematócrito						
Plaquetas						

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
Fecha:	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hora:									
Gasometría	Ingreso			Control			Pre extracción		
Ph									
Po ₂									
PCO ₂									
HCO ₃									
EB									
SatO ₂									
FIO ₂									
PEEP									

Uroanálisis	Ingreso		Pre extracción	
Densidad.				
pH.				
Glucosa.				
Proteínas.				
Hematíes (sangre).				
Cetonas.				
Urobilinógeno y bilirrubina.				
Nitrito.				
Cristales.				
Células epiteliales y cilindros.				

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
Fecha:	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hora:									
TP									
INR									
Actividad									
TTP									
Electrolitos									
Na									
K									
Ca									
Cl									

Serología	Ingreso	Química	Ingreso	Pre extracción
HIV I		Glucosa Basal		
HIV II		Urea		
HTLV I		Nitrógeno ureico		
HTLV II		Creatinina		
CMV IgM		Bilirrubina total		
CMV IgG		Bilirrubina directa		
Toxoplasmosis IgM		Bilirrubina indirecta		
Toxoplasmosis IgG		Proteínas totales		
VDRL		Albumina		
E.B.V Agudo (VCA IgM)		Globulina		
E.B.V. Ebna IgG		Fosfatasa alcalina		
E.B.V Vca IgG		Gama GT		
Chagas		AST/TGO		
Herpes I		ALT/TGP		
Herpes II		Amilasa		
AG.Hbs		Lipasa		
AC.antiHbc		LDH		
AC.antiHbs		Colesterol		
HVC		Trigliceridos		
		CPK		
		CKMB		
		Troponina		

CULTIVOS PREVIOS:

SI ☐ NO ☐

HEMOCULTIVO -

GERMEN _____ SENSIBLE A _____

----- +

FECHA _____ RESISTENTE A _____

-

GERMEN _____ SENSIBLE A _____

----- +

FECHA _____ RESISTENTE A _____

-

GERMEN _____ SENSIBLE A _____

----- +

FECHA _____ RESISTENTE A _____

HORMONAL:

BHCG: + -

COMENTARIOS: _____

Rx. Torax	
Ecografia Abdominal	
TAC	

COMENTARIOS: _____

Firma y sello Coordinador de Trasplante responsable
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
C.I. _____