



Ministerio de Salud Pública

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

CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-191

VERSIÓN: 01

PÁGINA: 1 de 2

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

TRAZABILIDAD:

INSTITUCIÓN	CÓDIGO UNIDAD OPERATIVA	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLÍNICA
Pública: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Parroquia	Cantón	Provincia	<input type="text"/>
Privada: <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. REGISTRO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

Apellidos y nombres:

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

Fecha de ingreso hospital: / / Hora : Servicio: N° de cama:

Fecha de ingreso a UCI / Emergencias: / / Hora : N° de cama:

Glasgow de ingreso: Muerte violenta: Si No

Diagnóstico de ingreso: CIE-10:

Parada cardíaca previa al ingreso: Si No Duración: Fecha: / / Hora: :

2. PRERREQUISITOS

T° TA TAM

PO2 PCO2

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

Describe: Describe:

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

Medicamento/ droga: Medicamento/ droga:

Fecha última dosis: Fecha última dosis:

Hora: Hora:

¿Daño estructural identificado? Si No

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

OBSERVACIONES:

3. PRIMERA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha Hora

T° TA TAM

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

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

OBSERVACIONES:

Firma y sello responsable de la evaluación 1

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.I.

4. SEGUNDA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha

DÍA / MES / AÑO

Hora

:

T° _____ TA _____ TAM _____

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

Corneal bilateral SI NO Reflejo nauseoso SI NO Fotomotor bilateral SI NO Reflejo tusígeno SI NO Oculocefalico bilateral SI NO Prueba de atropina SI NO Oculovestibular bilateral SI NO Test de apnea: SI NO

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: _____

DÍA / MES / AÑO

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

1. Apellidos y nombres (médico): _____

Especialidad: _____

N° Cédula: _____

2. Apellidos y nombres (médico): _____

Especialidad: _____

Neurólogo / Neurocirujano

N° Cédula: _____

CERTIFICAN CONJUNTAMENTE LA MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS DE:

Apellido paterno

Apellido materno

Primer nombre

Segundo nombre

N° Cédula / pasaporte: _____

Provincia: _____

Ciudad: _____

Fecha: / /

DÍA / MES / AÑO

Hora: _____

:

Firma del Especialista

Firma del Neurólogo / Neurocirujano