



Ministerio de **Salud Pública**

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

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

VERSIÓN: 01

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-197

PÁGINA: 1 de 2

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

TRAZABILIDAD:

DATOS GENERALES

CÓDIGO DEL DONANTE _____

FECHA: _____

Nº ENTREVISTAS REALIZADAS: 1 DURACIÓN 2 DURACIÓN 3 DURACIÓN

INFORMA SOBRE LA MUERTE: COORDINADOR/A HOSPITALARIO MÉDICO TRATANTE OTRO

LUGAR EN EL QUE SE INFORMA: EMERGENCIA REANIMACIÓN UCI OTRO

NOTIFICA SOBRE LA DONACIÓN: COORDINADOR/A HOSPITALARIO MÉDICO TRATANTE COORDINADOR/A INDOT OTRO

RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA DE LA DONACIÓN: _____
(NOMBRES Y APELLIDOS)

CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA

Nº DE INTERLOCUTORES: FAMILIAR/AMIGO ES PROFESIONAL DE SALUD (SI/NO) INTERVINO EN CONTRA (SI/NO)

INTERLOCUTOR PRINCIPAL : PADRE/MADRE CÓNYUGUE HIJO/A HERMANO/A OTRO

NIVEL SOCIO ECONÓMICO PERCIBIDO: ALTO MEDIO BAJO

ACTITUD PERCIBIDA: MUY BUENA BUENA MALA

PUNTOS PLANTEADOS DURANTE LA ENTREVISTA

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES	FAMILIA
SOLIDARIDAD: <input type="text"/>	DESEO DEL FALLECIDO: <input type="text"/>
VOLUNTARIEDAD: <input type="text"/>	ASPECTOS RELIGIOSOS: <input type="text"/>
RECIPROCIDAD: <input type="text"/>	DUDAS DEL CURSO CLÍNICO: <input type="text"/>
DESEO DEL FALLECIDO: <input type="text"/>	TRÁMITES FUNERARIOS: <input type="text"/>
GRATITUD DE LA FAMILIA DE LOS RECEPTORES: <input type="text"/>	PRISAS: <input type="text"/>
AUTOPSIA: <input type="text"/>	INFORMACIÓN NEGATIVA SOBRE TRASPLANTE: <input type="text"/>
GARANTÍAS JUDICIALES: <input type="text"/>	TIEMPO DE CIRUGÍA: <input type="text"/>
RESPECTO AL CADÁVER: <input type="text"/>	GARANTÍAS JUDICIALES: <input type="text"/>
ASPECTOS RELIGIOSOS: <input type="text"/>	CONOCER LOS RECEPTORES: <input type="text"/>

COMENTARIOS: _____

RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA
FIRMA/SELLO

FAMILIAR 1

NOMBRES: APELLIDOS

PARENTESCO: EDAD:

CIUDAD DE PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: /

CELULAR: /

CORREO ELECTRÓNICO: /

FAMILIAR 2

NOMBRES: APELLIDOS

PARENTESCO: EDAD:

CIUDAD DE PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: /

CELULAR: /

CORREO ELECTRÓNICO: /

FAMILIAR 3

NOMBRES: APELLIDOS

PARENTESCO: EDAD:

CIUDAD DE PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: /

CELULAR: /

CORREO ELECTRÓNICO: /

FAMILIAR 4

NOMBRES: APELLIDOS

PARENTESCO: EDAD:

CIUDAD DE PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN:

NÚMERO TELEFÓNICO: /

CELULAR: /

CORREO ELECTRÓNICO: /