



Ministerio
de **Salud Pública**

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

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONANTE CADAVERÍCO

VERSIÓN: 01

PUBLICADO



EN ANÁLISIS



BORRADOR



OBSOLETO



FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-204

PÁGINA: 1 de 4

TRAZABILIDAD:

Provincia: Ciudad: Fecha: / /

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ MUNICIPAL ☐ UNIDAD OPERATIVA:

CÓDIGO DE LA UNIDAD MÉDICA: PROVINCIA: CIUDAD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Código del donante: Nacionalidad:

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

Ocupación: Etnia: Tipo de sangre:

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

2. TIPO DE DONACIÓN: ÓRGANOS

RIÑÓN DER: ☐ RIÑÓN IZQ: ☐ PÁNCREAS: ☐

HÍGADO: ☐ PULMÓN IZQ: ☐ PULMÓN DER: ☐

CORAZÓN: ☐ INTESTINO: ☐

Colocar SI en organos y tejidos donados.

TEJIDOS

CÓRNEAS: ☐ PIEL: ☐ HUESOS: ☐

LIGAMENTOS: ☐ VÁLVULAS: ☐

3. ANTECEDENTES PERSONALES (TIEMPO Y TTO)

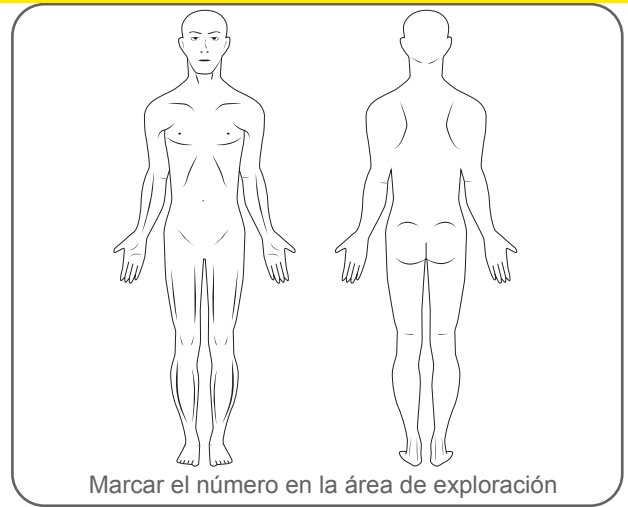
Causa de muerte conocida	SI ☐ NO ☐
Antecedentes de HTA (año de inicio)	SI ☐ NO ☐
Antecedentes de DM (año de inicio)	SI ☐ NO ☐
Historia de tabaquismo. Dosis cig/día	SI ☐ NO ☐
Historia de alcoholismo. Dosis g/día	SI ☐ NO ☐
Dislipidemia	SI ☐ NO ☐
Cirugía previa (incluir cirugía refractiva ocular)	SI ☐ NO ☐
Historia de nefropatía/urología	SI ☐ NO ☐
Historia de cardiopatía	SI ☐ NO ☐
Historia de patología digestiva	SI ☐ NO ☐
Historia de patología respiratoria	SI ☐ NO ☐
Historia de patología neurológica	SI ☐ NO ☐
Historia de ginecología/obstetricia	SI ☐ NO ☐
G P A C FUM C-M	
Historia de enfermedad autoinmune	SI ☐ NO ☐
Historia de enfermedad hematológica	SI ☐ NO ☐
Neoplasia (especifique)	SI ☐ NO ☐
Recibe tratamiento crónico	SI ☐ NO ☐
Historia de adicción a drogas, en caso afirmativo especifique el tipo de droga y la vía de administración	SI ☐ NO ☐
Historia 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 ☐
Historia de demencia, enfermedad neurológica de etiología vírica o desconocida	SI ☐ NO ☐
Historia 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. Pearlyings SI ☐ NO ☐
3. Cicatrices SI ☐ NO ☐
4. Tumores SI ☐ NO ☐
5. Venopunciones no terapéuticas SI ☐ NO ☐
6. Traumatismos SI ☐ NO ☐
7. Condilomas SI ☐ NO ☐
8. Ictericia SI ☐ NO ☐
9. Adenopatías 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 ☐

DÍA MES AÑO

Fecha de inicio ☐ Duración _____

Fecha de inicio ☐ Duración _____

Fecha de inicio ☐ Duración _____

Fecha ☐ Duración sin RCP _____ min

☐ RCP Básica Duración de RCP _____ min

☐ RCP Avanzada Duración de RCP _____ min

6. EVOLUCION DEL DONANTE

Fecha de ingreso hospitalario: ☐ ☐ ☐

Fecha de fallecimiento (muerte encefálica): ☐ ☐ ☐

Tiempo en UCI/otros desde el ingreso: ☐ ☐ ☐

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

Fecha: / /
 Hora: :

Hematología Ingreso Pre extracción

Leucocitos
 Neutrófilos %
 Linfocitos %
 Monocitos %
 Eosinófilos %
 Basófilos %
 Glóbulos Rojos
 Hemoglobina
 Hematócritos
 Plaquetas

Fecha: / /
 Hora: :

Gasometría Ingreso Control Pre extracción

Ph
 PO₂
 PCO₂
 HCO₂
 EB
 SatO₂
 FIO₂
 PEEP

Fecha: / /
 Hora: :

Uroanálisis Ingreso Pre extracción

Densidad
 Ph
 Glucosa
 Proteínas
 Hematíes(sangre)
 Cetonas
 Urobilinógenos y bilirrubina
 Nitrito
 Cristales
 Células epiteliales y cilindros

Fecha: / /
 Hora: :

Serología Pre extracción

HIV I
 HIV II
 HTLV I
 HTLV II
 CMV IgM
 CMV IgG
 Toxoplasma IgM
 Toxoplasma IgG
 VDRL
 E.B.V Agudo
 E.B.V Ebna IgG
 E.B.V Vca IgG
 Chagas
 Herpes I
 Herpes II
 AG.Hbs
 AC AntiHbc
 AC AntiHbs
 Hbc
 Rubeola IgM
 Rubeola IgG

Fecha: / /
 Hora: :

Cuagulación Electrolitos Ingreso Control Pre extracción

TP
 INR
 TTP
 Na
 K
 Ca
 Cl

Fecha: / /
 Hora: :

Química Ingreso Control Pre extracción

Glucosa Basal
 Urea
 Nitrógeno Ureico
 Creatinina
 Bilirrubina Total
 Bilirrubina Indirecta
 Bilirrubina Directa
 Proteínas Totales
 Albúmina
 Globulina
 Fosfatasa Alcalina
 Gama GT
 AST/TGO
 ALT/TGP
 Amilasa
 Lipasa
 LDH
 Colesterol
 Triglicéridos
 CK
 MB

9. CULTIVOS PREVIOS

HEMOCULTIVO SI ☐ NO ☐ GERMEN _____ SENSIBLE A _____
FECHA _____ RESISTENTE A _____

UROCULTIVO SI ☐ NO ☐ GERMEN _____ SENSIBLE A _____
FECHA _____ RESISTENTE A _____

SECRECIÓN
ENDOTRAQUEAL SI ☐ NO ☐ GERMEN _____ SENSIBLE A _____
FECHA _____ RESISTENTE A _____

COMENTARIOS: _____

10. HORMONAL

BHCg: + -

11. EXÁMENES DE IMAGEN

Ecografía
Abdominal

DÍA MES AÑO

 / /

Tomografía

DÍA MES AÑO

 / /

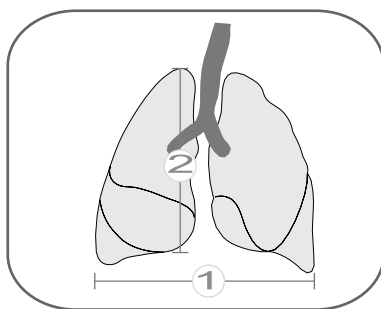
Broncoscopía

DÍA MES AÑO

 / /

Rx Torax

DÍA MES AÑO

 / / 

1. _____

2. _____

COMENTARIOS: _____

Firma y sello Coordinador de Trasplante responsable

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

C.I. _____