

Protocolo de PROCURACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS



Proceso de Donación N°:
Establecimiento:

DATOS DEL POTENCIAL DONANTE

Apellido: _____ Nombre: _____
Edad: _____ DNI: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: / / Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Fecha de internación: / / Fecha Registro G7: / / Glasgow: _____

Muerte bajo criterio neurológico

Causa:

Apnea definitiva (sin interacción de drogas depresoras o bloqueantes neuromusculares) desde:

Fecha / / Hora: :

Parada Cardio Respiratoria

Causa :

Fecha / / Hora: :

Resumen De Historia Clínica

--

Antecedentes patológicos:

	Tiempo Evol	Tratamiento
Cardiovasculares:		
Respiratorios		
Infecciosos		
Metabólicos		
Quirúrgicos		
Neoplásicos		
Internación Psiquiátrica (especificar diagnóstico)		
Medicación		
Otros		

Hábitos

Etilismo:
Tabaquismo:
Drogadicción:
Tatuajes:
Antecedentes Carcelarios:

Presenta Sme Clínico de MBCN?		Si / No
Conducta a seguir	Se inicia Protocolo Dg de MBCN	
	Corte del proceso (justificar)	

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONANTE

Antropometría					
Peso	kg	Talla	cm	Largo Esternal	cm
P.Axilar	cm	P.Xifoideo	cm	P. Umblical	cm
Largo Xifo-púbico	cm	Largo Bicrestilio	cm	Largo Umbilico-Dorsal	cm

Fiebre: NO / SI: (especificar posible foco)

Cultivos		
Muestra	Fecha	Informe

Tratamiento previo al mantenimiento				
Inotrópicos	Droga	Fecha Inicio / Fin	Dosis Max.	Dosis Actual
Antibióticos	Droga	Fecha Inicio / Fin	Dosis	Nº Dosis
Transfusiones	Hemocompon	Fecha Infusión	Cantidad unidades	Volumen total
Balance Hídrico ultimas 24hs		Ingresos	Egresos	Total
Coloides en últimas 48hs:			Cristaloides en 1hr:	
Hemodilución	NO	Coloides 48hs+Cristaloides 1hr > VolPlas (peso*0.025)		
	SI	Sangre 48hs+Coloides 48hs+Cristaloides 1hr > VolSang (peso*0.015)		
DBT Insípida	SI - NO	Desmopresina:	Dosis:	

Examen Físico			
Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
<u>Cabeza y Cuello:</u>			
PIC:		Drenajes:	
<u>Piel y faneras:</u>			
<u>Adenopatías:</u>			
<u>Sistema Respiratorio:</u>			
Ingreso ARM: / / Días: TET N°: Días: Drenajes:			
Secreciones: <input type="radio"/> Mucosas <input type="radio"/> Purulentas <input type="radio"/> Hemáticas			
Rx: Fecha / / <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Infiltrados (Detallar)			
<input type="radio"/> Neumotorax <input type="radio"/> Derrame <input type="radio"/> Atelectasia			
<u>Sistema Cardiovascular:</u>			
TA: / . TAM: FC: PVC: Ruidos Cardíacos:			
PCR Fecha / / Tiempo Tto: Desfibrilación:			
Hipotensión TAS < 70 mmhg: Fecha / / Tiempo Tto:			
Hipertensión TAS >170 mmhg: Fecha / / Tiempo Tto:			
ECG: FC: lpm. Ritmo: Eje:			
Trastornos de conducción:			
Trastornos de repolarización:			
Signos de sobrecarga:			
<u>Abdomen:</u>			
Inspección:			
Traumatismos:		Cicatrices:	
Palpación:			
Hepatomegalia:		Esplenomegalia:	
<u>SOMA:</u>			
Fracturas:			
<u>Examen Mamario:</u>			
<u>Tacto Rectal:</u>			

LABORATORIO

Grupo Sanguíneo	A	B	O	Factor	+	-
Test Embarazo	Método	Gravindex			Resultado	
		Sub Unidad Beta				+

Serología (R=reactivo / NR=no reactivo – Título si corresponde)

Fecha:		Laboratorio:					
	Resultado	Resultado		Resultado		Resultado	
HIV I/II		p24		VHBs Ag		VHBs Ac	
VHB AntiCORE		VHC Ac		Chagas Mét 1		Chagas Mét 2	
CMV IgM		CMV IgG		Toxo IgM		Toxo IgG	
VDRL		Huddleson		VEBar		HTLV I/II	

Tipificación HLA

Fecha		Laboratorio			
A		B		DR	

ABORDAJE FAMILIAR

Coordinadores responsables:

Voluntad Expresa hacia la donación (>18 años)	Positiva	Negativa
DNI		
Acta		
Testimonio Familiar		

Ausencia de voluntad de donación – DONANTE PRESUNTO

Familiar de referencia: _____ Parentesco: _____
 Nombre y Apellido: _____
 Dirección: _____ CP: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
 Teléfono: _____

Autorización de ambos padres a la donación (<18 años) **SI** _____
NO: Motivo: _____

Autorización Judicial:

Corte del proceso	Justificar
-------------------	------------

Coordinador Responsable: