

Protocolo de PROCURACIÓN DE TEJIDOS a Corazón Parado



Proceso de Donación N°:
Establecimiento:

DATOS DEL POTENCIAL DONANTE

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

Parada Cardio Respiratoria

Causa :

Fecha / / Hora: _____
Cámara de Refrigeración: NO SI Ingreso: Fecha / / Hora: _____

Resumen De Historia Clínica

--

Antecedentes patológicos:

	Evolución	Diagnóstico y Tratamiento
Patología Ocular		
Cirugía ocular		
Cardiovasculares		
Infecciosos		
Metabólicos		
Quirúrgicos		
Neoplásicos		
Internación Psiquiátrica (especificar diagnóstico)		
Medicación		
Otros		

Hábitos

Etilismo:
Tabaquismo:
Drogadicción:
Tatuajes:
Antecedentes Carcelarios:

EVALUACIÓN DEL POTENCIAL DONANTE

Fiebre: NO / SI: (especificar posible foco)

Cultivos

Muestra	Fecha	Informe

Tratamiento previo al mantenimiento

Antibióticos	Droga	Fecha Inicio / Fin	Dosis	Nº Dosis
Transfusiones	Hemocompon	Fecha Infusión	Cantidad unidades	Volumen total
Balance Hídrico ultimas 24hs		Ingresos	Egresos	Total
<i>Coloides en últimas 48hs:</i>			<i>Cristaloides en 1hr:</i>	
Hemodilución	NO	SI	Coloides 48hs+Cristaloides 1hr > VolPlas (peso*0.025)	
			Sangre 48hs+Coloides 48hs+Cristaloides 1hr > VolSang (peso*0.015)	

Examen Físico

Ojo Derecho		Ojo Izquierdo	
<u>Cabeza y Cuello:</u>			
<u>Piel y faneras:</u>			
<u>Adenopatías:</u>			
<u>Torax:</u>			
Rx:			
ECG:			
Eco Cardiograma:			
<u>SOMA:</u>			
Fracturas:			
<u>Examen Mamario:</u>			
<u>Tacto Rectal:</u>			

LABORATORIO

Química analítica

Hematocrito (%)		N/E/B/L/M (%)	
Leucocitos / mm ³		Plaquetas /mm ³	

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	

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

TEJIDOS ABLACIONADOS

Tejido	Fecha	Equipo/Banco	Firma
Córneas			
Hueso			
Válvulas Cardíacas			

Coordinador Responsable: