

1. CIRUJANO a.Apellidos y Nombres	b.Matricula N°
3. AYUDANTE a.Apellidos y Nombres	b.Matricula N°
3. AYUDANTE a.Apellidos y Nombres	b.Matricula N°
4. INSTRUMENTADORA a.Apellidos y Nombres	5. CIRCULANTE a.Apellidos y Nombres

ABLACIÓN

5. Solo renal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. Multiorgánica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. Hígado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. Corazón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Pulmón SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	10. Páncreas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	11. Intestino SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	--	---	--

PRECLAMPEO

12. TA	13. FC	14. PVC	15. Drogas y dosis
--------	--------	---------	--------------------

CLAMPEO ARTERIAL

16. Fecha (Día) (Mes) (Año)	17. Hora (H) (M)	18. INICIO ABLACIÓN RENAL (H) (M)	19. Técnica quirúrgica EN BLOCK <input type="checkbox"/> POR SEPARADO <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------	--	---

20. Anestesia NyA <input type="checkbox"/> ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> CTH <input type="checkbox"/> SIN ANESTESIA <input type="checkbox"/>	21. Semiología cavidad abdominal NORMAL <input type="checkbox"/> PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> (descripción)
---	---

HEMATOMA RETROPERITONEAL T COLON T HÍGADO AAORTA OTRA

22. Perfusión (marca) _____ a.in situ _____ lts. b. aislada _____ lts.	23. Hielo in situ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	24. Heparina SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	--	---

RD

25. ARTERIA a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	26. VENA a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	27. URETER a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	28. Medidas
-------------------	--	----------------	--	------------------	--	-------------

RI

29. ARTERIA a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	30. VENA a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	31. URETER a. N°	b. Parche SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	32. Medidas
-------------------	--	----------------	--	------------------	--	-------------

33. Fotos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	34. Cultivos NO <input type="checkbox"/> INTRAOPERATORIOS <input type="checkbox"/> BOLSA DE EMBALAJE <input type="checkbox"/>	35. Biopsias SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	---

36. MACROSCOPIA (BANCO)

37. ESQUEMA DE LOS RIÑONES a.RI	b.RD
---------------------------------	------

38. COMENTARIOS

FIRMA Y SELLO DEL CIRUJANO