

Protocolo Quirúrgico de ABLACIÓN OSTEOARTICULAR



Proceso de Donación N°:	Certificado Ablación (CAO) N°
-------------------------	-------------------------------

DATOS DEL DONANTE

Apellido:	Nombre:
Edad:	Sexo:
Documento:	Establecimiento:

Tipo de Donante

CADAVERICO: CAUSA DE MUERTE:			
Multiorgánico	Clampeo Arterial: Fecha:	Hora:	
Tejidos	PCR:	Fecha:	Hora:
VIVO: CAUSA DE CIRUGÍA:			
CIRUGIA REALIZADA	Tipo:	Fecha:	Hora:

Equipo Quirúrgico

Institución que ablaciona:	
Cirujano: Apellido y Nombre:	Matrícula:
Ayudante: Apellido y Nombre:	Matrícula:

Serología

Fecha:		Laboratorio:		(R: Reactivo / NR: No Reactivo – Título si corresponde)			
HIV I/II		p24		VHBs Ag		VHBs Ac	
VHB AntiCORE		VHC Ac		Chagas Método 1		Chagas Método 2	
CMV IgM		CMV IgG		Toxo IgM		Toxo IgG	
VDRL		Huddleson		VEBar		HTLV I/II	

Grupo Sanguíneo	Grupo	A	B	O	Factor	+	-
-----------------	-------	---	---	---	--------	---	---

Antecedentes

	SI	NO	Desc		SI	NO	Desc
Enfermedad ósea preexistente				Neoplasias			
Tratamiento esteroideo reciente (>5ds)				Enf neurológicas			
Inyecciones intrarticulares en la zona Seleccionadas				Enf Infecciosas Detallar:			
Heridas abiertas, infecciones o irradiaciones en las zonas seleccionadas				Drogadicción Detallar:			
Tatuajes <1a				Otras			

Piezas Ablacionadas y Nro.	Fecha:	Hora:
----------------------------	--------	-------

Sción Preservación	
---------------------------	--

Banco que recibe:	
--------------------------	--

Cirujano (Firma y Sello)

Ayudante (Firma y Sello)