



Ministerio
de Salud Pública

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

FORMULARIO INDOT - PDC - 01

CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

PDC-01-CZ...-PRL-20...-.....

INSTITUCIÓN | CÓDIGO UNIDAD OPERATIVA | COD. LOCALIZACIÓN | N° HISTORIA CLÍNICA

Pública: ☐

Privada: ☐

Parroquia

Cantón

Provincia

1. REGISTRO DE ADMISIÓN HOSPITALARIA

Apellidos y nombres: _____

N° Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Estado civil: _____

Fecha de ingreso hospital: _____ Hora: _____ Servicio: _____ N° de cama: _____

Fecha de ingreso a UCI / Emergencias: _____ Hora: _____ N° de cama: _____

Glasgow de ingreso: _____ Muerte violenta: Si ☐ No ☐

Diagnóstico de ingreso: _____ CIE-10: _____

Parada cardíaca previa al ingreso: Si ☐ No ☐ Duración: _____ Fecha: _____ Hora: _____

2. PREREQUISITOS

T° _____ TA _____ TAM _____

PO2 _____ PCO2 _____

¿Existen alteraciones metabólicas o endócrinas? Si ☐ No ☐ ¿ Existe historia de intoxicaciones previas ? Si ☐ No ☐

Describe: _____ Describe: _____

¿ Existe antecedente de uso de bloqueadores neuromusculares o drogas depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC) ? Si ☐ No ☐

Medicamento/ droga: _____ Medicamento/ droga: _____

Fecha última dosis: _____ Fecha última dosis: _____

Hora: _____ Hora: _____

¿Daño estructural identificado? Si ☐ No ☐

¿Cumple con los requisitos para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO de muerte encefálica? Si ☐ No ☐

OBSERVACIONES: _____

3. PRIMERA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha _____ Hora _____

T° _____ TA _____ TAM _____

EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SI en caso de estar presente ó NO si esta ausente)

Corneal bilateral SI ☐ NO ☐

Fotomotor bilateral SI ☐ NO ☐

Oculocefálico bilateral SI ☐ NO ☐

Oculovestibular bilateral SI ☐ NO ☐

Reflejo nauseoso SI ☐ NO ☐

Reflejo tusígeno SI ☐ NO ☐

Prueba de atropina SI ☐ NO ☐

Test de apnea: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello responsable de la evaluación 1

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.I.

4. SEGUNDA VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Fecha

DÍA / MES / AÑO

Hora

:

T° _____ TA _____ TAM _____

EVALUACIÓN DE REFLEJOS DE TRONCO (SI en caso de estar presente ó NO si esta ausente)

Corneal bilateral SI ☐ NO ☐Reflejo nauseoso SI ☐ NO ☐Fotomotor bilateral SI ☐ NO ☐Reflejo tusígeno SI ☐ NO ☐Oculocefalico bilateral SI ☐ NO ☐Prueba de atropina SI ☐ NO ☐Oculovestibular bilateral SI ☐ NO ☐Test de apnea: SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

Firma y sello responsable de la evaluación 2

NOMBRES Y APELLIDOS:

C.I.

5. PRUEBAS INSTRUMENTALES

EEG: () ANGIOGRAFÍA CEREBRAL: () ANGIO TAC: () DOPPLER TRANSCRANEAL: ()

Fecha: DÍA / MES / AÑO Hora: : REPORTE: _____

6. ACTA DE CERTIFICACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA POR EL PERSONAL MÉDICO

1. Apellidos y nombres (médico):

Especialidad:

N° Cédula:

2. Apellidos y nombres (médico):

Especialidad:

Neurólogo / Neurocirujano

N° Cédula:

CERTIFICAN CONJUNTAMENTE LA MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS DE:

Apellido paterno

Apellido materno

Primer nombre

Segundo nombre

N° Cédula / pasaporte:

Provincia:

Ciudad:

Fecha:

DÍA / MES / AÑO

Hora:

:

Firma del Especialista

Firma del Neurólogo / Neurocirujano