



VERSIÓN 03

Coordinación Zonal Ciudad: Fecha: DÍA / MES / AÑO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

1. IDENTIFICACIÓN DEL DONANTE:

Código del donante: Nacionalidad:

Edad: Sexo: F ☐ M ☐ Estado civil:

Ocupación: Etnia: Tipo de sangre:

Causa del fallecimiento: CIE - 10 Muerte Violenta: SI ☐ NO ☐

2. TIPO DE DONACIÓN:

Órganos y Tejidos ☐

Órganos ☐

Tejidos ☐

3. ANTECEDENTES PERSONALES (TIEMPO Y TRATAMIENTO)

Causa de muerte conocida SI ☐ NO ☐

Antecedentes de HTA (año de inicio) SI ☐ NO ☐

Antecedentes de DM (año de inicio) SI ☐ NO ☐

Dislipidemia SI ☐ NO ☐

Cirugía previa (incluir cirugía refractiva ocular) SI ☐ NO ☐

Historia de nefropatía/urología SI ☐ NO ☐

Historia de cardiopatía SI ☐ NO ☐

Historia de patología digestiva SI ☐ NO ☐

Historia de patología respiratoria SI ☐ NO ☐

Historia de patología neurológica SI ☐ NO ☐

Historia de ginecología/obstetricia SI ☐ NO ☐

G P A C FUM C-M

Historia de enfermedad autoinmune SI ☐ NO ☐

Historia de enfermedad hematológica SI ☐ NO ☐

Neoplasia (especifique) SI ☐ NO ☐

Historia de enfermedad infecciosa SI ☐ NO ☐

Tratamiento crónico SI ☐ NO ☐

Historia de transfusiones previas SI ☐ NO ☐

Presencia o evidencia de irradiación previa de la zona del órgano o tejido a extraer SI ☐ NO ☐

Hábitos:

Tabaquismo. Dosis cig/día SI ☐ NO ☐

Alcoholismo. Dosis gr/día SI ☐ NO ☐

Drogas, en caso afirmativo especificar tipo y vía de administración SI ☐ NO ☐

Ingesta o exposición a sustancias tóxicas que puedan transmitir a dosis tóxicas al receptor SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

4. EXPLORACIÓN DEL DONANTE

1. Tatuajes SI ☐ NO ☐ Tiempo: _____

2. Piercings SI ☐ NO ☐ Tiempo: _____

3. Cicatrices SI ☐ NO ☐

4. Tumores SI ☐ NO ☐

5. Venopunciones no terapéuticas SI ☐ NO ☐

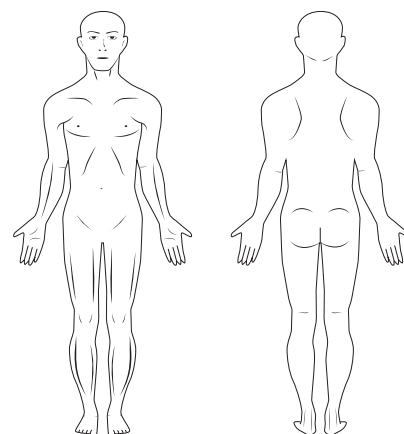
6. Traumatismos SI ☐ NO ☐

7. Condilomas SI ☐ NO ☐

8. Ictericia SI ☐ NO ☐

9. Adenopatías SI ☐ NO ☐

Otras _____



Marcar el número en la área de exploración

PESO APROXIMADO _____ Kg TALLA APROXIMADA _____ cm P. TORÁXICO _____ cm P. ABDOMINAL _____ cm

OBSERVACIONES: _____

5. HEMODINAMIA

	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
FECHA	/	/		/	/		/	/		/	/	
HORA												
TA												
TAM												
FC												
DIURESIS / HORA												

OLIGURIA / ANURIA SI ☐ NO ☐ _____ CC/ KG/H Duración _____

PARADA CARDIACA SI ☐ NO ☐ Fecha _____ DÍA MES AÑO Duración sin RCP _____ min

☐ RCP Básica Duración de RCP _____ min ☐ RCP Avanzada Duración de RCP _____ min

6. EVOLUCIÓN DEL DONANTE

TIEMPO EN ÁREA CRÍTICA: _____ DÍAS CON INTUBACIÓN: _____

FIEBRE: SI ☐ NO ☐ HEMOCULTIVO: SI ☐ NO ☐
 FOCO INFECCIOSO CONOCIDO: SI ☐ NO ☐ UROCULTIVO: SI ☐ NO ☐
 SEPSIS SI ☐ NO ☐ SECRECIÓN BRONQUIAL: SI ☐ NO ☐

FECHA: _____ GERMEN: _____ Resistente a: _____ Sensible a: _____

FECHA: _____ GERMEN: _____ Resistente a: _____ Sensible a: _____

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO:

ATB 1 _____ DOSIS INICIAL _____ FINAL _____

ATB 2 _____ DOSIS INICIAL _____ FINAL _____

ATB 3 _____ DOSIS INICIAL _____ FINAL _____

7. MANTENIMIENTO

Drogas vasoactivas SI ☐ NO ☐ Transfusiones SI ☐ NO ☐

1) _____ Fecha de inicio _____ / _____ Dosis _____ UG/KG/MIN TIPO: _____

2) _____ Fecha de inicio _____ / _____ Dosis _____ UG/KG/MIN N° DE PAQUETES: _____

3) _____ Fecha de inicio _____ / _____ Dosis _____ UG/KG/MIN FECHA ÚLTIMA DOSIS _____

OBSERVACIONES: _____

8. ANALÍTICAS

Hematología

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

Leucocitos	
Neutrófilos %	
Linfocitos %	
Monocitos %	
Eosinófilos %	
Basófilos %	
Glóbulos Rojos	
Hemoglobina	
Hematocrito	
Plaquetas	

Gasometría

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

Ph		
PO ₂		
PCO ₂		
HCO ₂		
EB		
SATO ₂		
FIO ₂		
PEEP		
PaFi		

Uroanálisis

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

Densidad		
Ph		
Glucosa		
Proteínas		
Hemates (sangre)		
Cetonas		
Urobilinógeno y bilirrubina		
Nitritos		
Cristales		
Células epiteliales y cilindros		

Serología

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

HIV I	
HIV II	
HTLV I	
HTLV II	
VDRL	
CMV IgM	
CMV IgG	
Toxoplasma IgM	
Toxoplasma IgG	
Rubeola IgM	
Rubeola IgG	
EBV IgM	
EBV IgG	
Herpes I IgM	
Herpes I IgG	
Herpes II IgM	
Herpes II IgG	
HBsAg	
Anti-HBs	
Anti-HBc	
Anti-VHC	
Chagas	

Coagulación y Electrolitos

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

TP		
INR		
TTP		
Na		
K		
Ca		
Cl		

Hormonal

BHCG (Mujeres en edad fértil)

Química Sanguínea

Fecha:

Hora:

INICIO DEL OPERATIVO

Glucosa		
Urea		
Creatinina		
Bilirrubina Total		
Bilirrubina Directa		
Bilirrubina Indirecta		
Proteínas Totales		
Albumina		
Fosfatasa Alcalina		
Gama GT		
AST/TGO		
ALT/TGP		
Amilasa		
Lipasa		
LDH		
CK		
CK-MB		
Colesterol		
Triglicéridos		

OBSERVACIONES: _____

Ecografía
AbdominalDÍA MES AÑO
// //

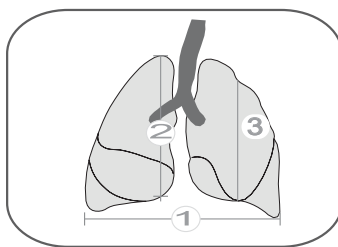
Tomografía

DÍA MES AÑO
// //

Broncoscopía

DÍA MES AÑO
// //

Rx Tórax

DÍA MES AÑO
// //

1. _____
2. _____
3. _____

COMENTARIOS: _____

Firma y sello Coordinador Intrahospitalario o Profesional a cargo del donante

NOMBRE Y APELLIDO: _____

C.I. _____