

Servicio Provincial de Procuración

**ABLACION DE
GLOBOS OCULARES**

OP5

Operativo Nro:

PD:

Día	Mes	Año	Hora

PROCURACION DE CORNEAS

Establecimiento:

Localidad:

Servicio Denunciante: 1 UTI/ 2 Guardia / 3 Otro Cual?.....

☐ Domicilio particular ☐ Morgue Judicial ☐ Morgue Hospitalaria ☐ Casa Velatoria

Donante: Edad Sexo:

Ojo ablacionado: ☐ Ojo derecho ☐ Ojo izquierdo

Fallecido en: ☐ ME ☐ PCR

Causas originaria de muerte:

Parada cardíaca: Fecha...../...../..... Hora:.....:.....

ANTECEDENTES

☐ Neoplasias ☐ Enfermedades Oculares ☐ Cirugía Ocular

☐ Diabetes ☐ Neurológicos ☐ Infecciosos ☐ Otros

PROTOCOLO OPERATIVO DE ABLACION

Fecha...../...../..... Hora:.....:..... I

Med. Ablacionista/ Nombre y Apellido: Mat.: Tipo ☐ Prov ☐ Nac.

Ayudante/ Nombre y Apellido: Mat: Tipo ☐ Prov ☐ Nac.

Ablaciona: ☐ OD ☐ OI ☐ Ambos

Tel. de contacto:.....

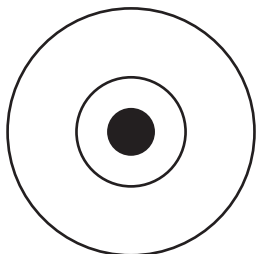
Firma y sello

Servicio Provincial de Procuración

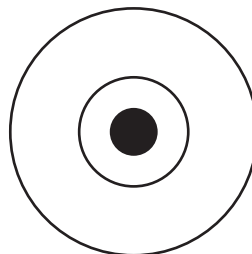
OP5

EXAMEN MACROSCOPICO

O.D.



O.I.



Ojo derecho

Ojo izquierdo