



Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
:	:	:	:

PD N° :

Nombre y Apellido.....Edad.....

Causa del Coma:.....

Observaciones:.....

.....
.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MEDICACION DEPRESORA

Droga:.....

Droga:.....

Otra Medicación de Importancia Neurológica:
(Relajantes musculares, anticonvulsivos, ototóxicos)

.....
.....
.....

ARM obligada desde: Fecha ___/___/___ Hs: ___/___

Fondo de ojo.....

- Evaluación de la unión neuromuscular:
- Reflejos Osteotendinosos
- Reflejos Idiomusculares
- Electroestimulación



Servicio Provincial de Procuración

EXAMENES CORROBORATIVOS

EEG: FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___
INFORME

.....
.....

EEG: FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___
INFORME:

.....
.....

POTENCIALES EVOCADOS FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___
INFORME

PEAT:
PESS:
PEV:

TEST DE OXIGENACION APNEICA FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___

POSITIVA NEGATIVA INDETERMINADA CON CO2: SI NO

PCO2 INICIAL.....PCO2 FINAL.....DURACION.....
COMPLICACIONES.....

TEST DE OXIGENACION APNEICA FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___

POSITIVA NEGATIVA INDETERMINADA CON CO2: SI NO

PCO2 INICIAL.....PCO2 FINAL.....DURACION.....
COMPLICACIONES.....

OTROS EXAMENES FECHA: ___/___/___ HORA: ___:___

.....
.....
.....

CUMPLE CRITERIOS DE MUERTE ENCEFALICA SI NO

En caso de NO cumplirlos detallar motivo y conducta sugerida

.....
.....
.....
.....

Se deja copia en la Historia Clínica de la institución de lo actuado en la evaluación del paciente.

Firma y Sello (Neurólogo)

Firma y Sello (Médico Institución)

