

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
[]	[]	[]	[]

PD N°:

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: Masculino FemeninoOjo ablacionado: Ojo derecho Ojo izquierdoFallecido 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:.....:.....

Med. Ablacionista/ Nombre y Apellido: Mat.: Tipo Prov Nac.Ayudante/ Nombre y Apellido: Mat.: Tipo Prov Nac.Ablaciona: OD OI Ambos

Tel. de contacto:.....

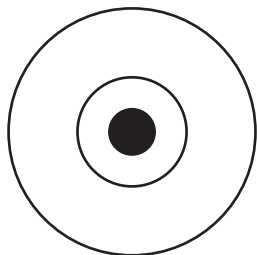
Firma y sello



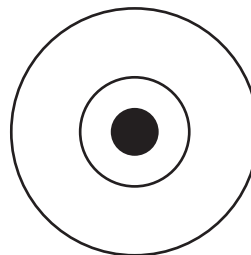
Servicio Provincial de Procuración

EXAMEN MACROSCOPICO

O.D.



O.I.



Ojo derecho

Ojo izquierdo