



Servicio Provincial de Procuración

Día
Mes
Año
Hora

			:
--	--	--	---

PD N°:

Establecimiento:

Sexo: Edad: Causa de muerte:

Antecedentes

HTA Si No Tratamiento: Peso:

DBT Si No Tratamiento: Talla:

Otros: ARM:

G.S.: HLA: A: / B: / DR: /

Día
Mes
Año
Hora

Clampeo:

Multiorgánica: Si No Organos:

Mantenimiento

Si No

TA/TAM: PVC: FC: Diuresis 12 hs: cc Ultima hora: cc

Paro Cardíaco: Si / No Minutos reanimación:

Hipotensión: Si / No Valor: / Tiempo: Desmopresina: Si / No Dosis:

Inotrópicos: Si / No Cuál: Dosis: Tiempo: Furosemida: Si / No Dosis:

Foco séptico: Si / No Cuál:

ATB: *Día* *Mes* *Año* Dosis:

..... *Día* *Mes* *Año*

Servicio Provincial de Procuración

Cultivos

	S / N	Fecha	Centro	+ / -	Tipificación	Antibiograma
Sangre		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Orina		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Secreciones Resp.		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Otros		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				

Laboratorio

PO2	pH	E.B.	Fio2	Hto.	K
PCO2	CO3H	SAT O2	Glob. blancos	Na.	

	creatinina	urea	sedimento urinario			
Ingreso			células	glucosa	Hb	
Mayor valor			leucocitos	hematíes	proteinuria	
Preablación			cilindros		otros	

Riñón derecho

Nro. Parche Si No Observaciones _____

Arteria Si No _____

Vena Si No _____

Uréter _____

Parénquima Normal Patológica _____

Medidas x x

Comentarios: _____

Pedido de biopsia Si No Resultado: _____

Riñón izquierdo

Nro. Parche Si No Observaciones _____

Arteria Si No _____

Vena Si No _____

Uréter _____

Parénquima Normal Patológica _____

Medidas x x

Comentarios: _____

Pedido de biopsia Si No Resultado: _____

Coordinador donante: