



**Servicio Provincial de Procuración**

*Día*
*Mes*
*Año*
*Hora*

--	--	--	--

PD N°: .....

Jurisdiccional.....  
 Nombre de Institución de Internación.....Municipal – Provincial-Privada  
 Localidad.....Provincia.....  
 Nombre y Apellido del donante:.....Edad:.....  
 Fecha de Internación:../.../...Causa de Ingreso.....  
 Causa de Muerte.....Fecha de Muerte.../.../...Hora de Muerte.....  
**TIPO DE DONANTE:** Corazón Batiente – Post-Paro    Hora de Ablación.....Fecha de Ablación.../.../...

**ANTECEDENTES:** Señale según corresponda, SI, NO ó N/C\* cuando el encuestado No contesta o No Conoce

- |   |  |
|---|--|
| Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Tratada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Tabaquismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Alcoholismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C* <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II<br>Dislipemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C* <input type="checkbox"/> Tratada Si <input type="checkbox"/> Tratada No<br>ACV previo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Neoplasias..... | Infarto de miocardio previo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Vasculopatía Periférica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Drogadicción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Tatuajes menores a un año <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Anteced. carcelarios menores a un año <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C*<br>Conductas de riesgo p/ HIV <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C* |
|---|--|

Enfermedades Infecciosas.....  
 Otros: Cualquier dato adicional que a entender del/los profesional/les responsable surgiera de la evaluación médica del donante y considere de importancia para garantizar las condiciones de procesamiento y destino de los homoinjertos, puede mencionarse a continuación o anexarse.  
 .....  
 .....

Los datos sobre antecedentes, del mantenimiento y del propio donante requeridos en el protocolo quirúrgico constituyen elementos de evaluación sobre el riesgo de potenciales enfermedades transmisibles no detectables por estudios complementarios y para la calificación de los tejidos con fines quirúrgicos. Resulta imprescindible que los antecedentes obtenidos sean fehacientemente relevados haciendo constar los datos filiatorios y la firma del encuestado.

Nombre y Apellido de la persona encuestada.....DNI.....  
 Parentesco.....Firma.....

Trasfusiones previas a extracción sanguínea     Si     No    Hemodilución     Si     No  
 Grupo Sanguíneo.....Factor RH.....  
 Estatura (en centímetros) .....Peso aproximado.....Perímetro Abdominal.....



**Servicio Provincial de Procuración**

**TIPO DE ABLACION:**

Corazón para Válvulas  Si  No

(la ablación de corazón debe realizarse superando el cayado aórtico y con ambas ramas de arteria pulmonar, con norma de asepsia quirúrgica y en quirófano) <sup>Si</sup> <sup>No</sup>

Compás Aorto – ilíaco   Arteria Femoral  Si  No Vena Safena  Si  No

Otros.....  
.....

**OTROS ORGANOS O TEJIDOS ABLACIONADOS**  Si  No

Corneas  Piel  Huesos  Riñones  Hígado

Para poder realizar el procesamiento de los elementos vasculares ablacionados, los profesionales responsables de la procuración deben remitirlos con el protocolo quirúrgico completo, y una muestra de 15 a 20 cm<sup>3</sup> de sangre en tubo seco en condiciones de bioseguridad, obtenida preferentemente al inicio del operativo, previamente a una transfusión y al inicio del sostén hemodinámico. Una vez extraída debe introducirse, conservarse y trasladarse junto a los elementos vasculares en hielo, en cantidad suficiente para garantizar las condiciones de transporte y conservación hasta la recepción en el Banco de Homoinjertos.

Hora de extracción sanguínea.....Fecha...../...../.....

\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración  
Coordinador Hospitalario  
Matrícula N°.....

\_\_\_\_\_

Firma y Aclaración  
Médico Cirujano Ablacionista  
Matrícula N° .....