

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 ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Tratada ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Tabaquismo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Alcoholismo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Diabetes ☐ Si ☐ No ☐ N/C* ☐ Tipo I ☐ Tipo II

Dislipemia ☐ Si ☐ No ☐ N/C* ☐ Tratada Si ☐ Tratada No

ACV previo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Neoplasias.....
- Infarto de miocardio previo: ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Vasculopatía Periférica ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Psiquiátricos ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Drogadicción ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Tatuajes menores a un año ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Anteced. carcelarios menores a un año ☐ Si ☐ No ☐ N/C*

Conductas de riesgo p/ HIV ☐ Si ☐ No ☐ 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)
Si No

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 cm³ 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°