

V.00

FORMULARIO
**INFORMACION PREVIA A LA ABLACION
PARA INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA**
página 1 de 1



CUCAIBA | Guardia
Operativa del SPPOyT
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Nro de PD

Fecha: ^{Día} ^{Mes} ^{Año}

DONANTE: multiorgánico ☐ monoorgánico ☐ asistolia ☐ edad: peso (aprox): kg

Establecimiento: Localidad:

Fecha y horario de quirófano: ^{Día} ^{Mes} / ^{Hora} :

Organos y/o tejidos a ablacionar

Institución del equipo ablacionista

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

¿Destino a bomba de perfusión?: NO ☐ SI ☐ ¿A dónde?:

¿Requiere biopsia?: NO ☐ SI ☐

☐ Riñón	Posterior a la ablación enviar a:
☐ Líquido abdominal	Posterior a la ablación enviar a:
☐ Cerebro	Posterior a la ablación enviar a:
☐ Otra	Posterior a la ablación enviar a:

Documentación que acompaña
al presente formulario:

- | | |
|---|--|
| ☐ OP4 | ☐ OP7 |
| ☐ OP5 | ☐ Remito de entrega |
| ☐ Protocolo quirúrgico
para válvulas cardíacas | ☐ 1º y 2º hoja de SINTRA |

.....
Firma y aclaración
Persona de la GO que
completa los datos