

Nro de PD

Fecha: ^{Día} ^{Mes} ^{Año}

DONANTE:

Czn Batiente multiorgánico
 monoorgánico
 expandido

Asistolia multiorgánico
 monoorgánico

requiere bomba extracorpórea? NO
 SI

Serología:

edad: peso (aprox): kg

Causa de muerte:

Establecimiento: Localidad:

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

Organos y/o tejidos a ablacionar	Institución del equipo ablacionista	Institución que recibe
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¿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