



DONANTE

Edad

☐

masculino

☐

femenino

PD N°:

Fallecido bajo programa

☐

ME

(clampeo)

☐

PCR

Fecha

Hora

Causa de muerte

☐

Cardiológica

¿Cuál?

☐

Endocrinometabólica

¿Cuál?

☐

Neoplásica

Lugar del tumor primario

(Si SNC) Informe de Anatomía patológica? si ☐ no ☐Radioterapia en el último mes en el área a ablacionar? si ☐ no ☐☐

Respiratoria

¿Cuál?

☐

ACV

☐Traumatismo
craneoencefálico¿Compromiso del macizo facial? si ☐ no ☐☐

Otros traumatismos

¿Cuál?

☐

Infecciosa

¿Cuál?

☐

Otra

.....

Antecedentes

☐ de diabetes☐ de hipertensión arterial☐ de enfermedad neurológica

¿Cuál?

☐ de cirugía ocular previa

¿Cuál?

☐ de enfermedad ocular

¿Cuál?

☐ Infecciosos

¿Cuál?

☐ Otros

¿Cuál?

Observaciones y/o contraindicaciones relativas

ABLACIÓN

Establecimiento

Localidad

Servicio denunciante: ☐ UTI ☐ Guardia ☐ Otro ¿Cuál?

Ablacionista

Ayudante

Ayudante

Ablacionó ☐ ojo derecho ☐ ojo izquierdo

Fecha

Hora

Tel. contacto
ablacionista

Firma y sello de ablacionista