

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*	Infarto de miocardio previo: ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Tratada ☐ Si ☐ No ☐ N/C*	Vasculopatía Periférica ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Tabaquismo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*	Psiquiátricos ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Alcoholismo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*	Drogadicción ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Diabetes ☐ Si ☐ No ☐ N/C* ☐ Tipo I ☐ Tipo II	Tatuajes menores a un año ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Dislipemia ☐ Si ☐ No ☐ N/C* ☐ Tratada Si ☐ Tratada No	Anteced. carcelarios menores a un año ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
ACV previo ☐ Si ☐ No ☐ N/C*	Conductas de riesgo p/ HIV ☐ Si ☐ No ☐ N/C*
Neoplasias.....	

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.....

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	PROTOCOLO QUIRURGICO PARA ABLACIÓN DE CORAZON PARA VALVULAS Y TEJIDOS VASCULARES	 CUCAIBA Centro Unico Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires
Rev. 00	página 2 de 2	

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°