



Servicio Provincial de Procuración

Folio N°

Comunicación:

Día

Mes

Año

Hora

:

PD N°

Institución:

Localidad:

Servicio:

Tel:

Denunciante:

Potencial Donante:

DNI:

Fecha nacimiento:

Día

Mes

Año

Edad:

Sexo:

Peso Kg:

Causa de muerte:

TIPO DE PROCEDIMIENTO

☐ 1- Corazón batiente

Anestesia: Si ☐ No ☐

Finalización:

Día

Mes

Año

Hora

:

Medicación depresora y/o relajante muscular: Si ☐ No ☐

Droga 1

Nombre:

Dosis:

Dosis
inicial:

Día

Mes

Año

Hora

:

Ultima
dosis:

Día

Mes

Año

Hora

:

Droga 2

Nombre:

Dosis:

Dosis
inicial:

Día

Mes

Año

Hora

:

Ultima
dosis:

Día

Mes

Año

Hora

:

Antecedentes PCR: Si ☐ No ☐

Día

Mes

Año

Hora

:

Neurocirugía: Si ☐ No ☐

Día

Mes

Año

Hora

:

Test de apnea positivo: Si ☐ No ☐

Día

Mes

Año

Hora

:

Transfusión

Día

Mes

Año

Hora

:

Unidades

Plaquetas

Glóbulos Rojos

Sangre Entera

☐ 2- Corazón parado

PCR:

Día

Mes

Año

Hora

:

Internación:

Día

Mes

Año



Servicio Provincial de Procuración

ORGANOS Y TEJIDOS ABLACIONADOS

Clampeo arterial:

Día	Mes	Año	Hora
			:

Pulmón:

derecho	☐
izquierdo	☐

Hígado ☐

Corazón ☐

Riñón:

derecho	☐
izquierdo	☐

Intestino ☐

Páncreas ☐

Ablación de tejidos:

Día	Mes	Año	Hora
			:

Córnea:

derecha	☐
izquierda	☐

Válvulas cardíacas ☐

Hueso ☐

Piel ☐

Otro:

Proceso de donación suspendido:

Día	Mes	Año	Hora
			:

Motivo de suspensión:

Observaciones:

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

Coordinador Operativo

Coordinador Operativo

Coordinador Operativo