

### Servicio Provincial de Procuración

*Día*  *Mes*  *Año*  *Hora*  :

PD N°: .....

Establecimiento: .....

Sexo:  Edad:  Causa de muerte: .....

### Antecedentes

HTA *Si*  *No*  Tratamiento: ..... *Peso:* .....

DBT *Si*  *No*  Tratamiento: ..... *Talla:* .....

Otros: ..... *ARM:* .....

G.S.: ..... HLA: A:  /  B:  /  DR:  /

*Día* *Mes* *Año* *Hora*  
Clampeo:     :

Multiorgánica: *Si*  *No*  Organos: .....

### Mantenimiento

*Si*  *No*

TA/TAM: ..... PVC: ..... FC: ..... Diuresis 12 hs: ..... cc Última hora: ..... cc

Paro Cardíaco: *Si*  *No*  Minutos reanimación: .....

Hipotensión: *Si*  *No*  Valor: ..... / ..... Tiempo: ..... Desmopresina: *Si*  *No*  Dosis: .....

Inotrópicos: *Si*  *No*  Cuál: ..... Dosis: ..... Tiempo: .....

Foco séptico: *Si*  *No*  Cuál: .....

ATB: ..... *Día*  *Mes*  *Año*  Dosis: .....

*Día*  *Mes*  *Año*



Servicio Provincial de Procuración

**Cultivos**

	S / N	Fecha	Centro	+ / -	Tipificación	Antibiograma
Sangre		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Orina		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Secreciones Resp.		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				
Otros		<input type="text"/> <input type="text"/> 20- <input type="text"/> :				

**Laboratorio**

PO2	pH	E.B.	Fio2	Hto.	K
PCO2	CO3H	SAT O2	Glob. blancos	Na.	

	creatinina	urea	sedimento urinario		glucosa	Hb
Ingreso			células			
Mayor valor			leucocitos		hematíes	proteinuria
Preablación			cilindros			otros

**Riñón derecho**

Nro.  Parche  Si  No Observaciones \_\_\_\_\_

Arteria   Si  No \_\_\_\_\_

Vena   Si  No \_\_\_\_\_

Uréter  \_\_\_\_\_

Parénquima  Normal  Patológica \_\_\_\_\_

Medidas  x  x

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pedido de biopsia  Si  No Resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Riñón izquierdo**

Nro.  Parche  Si  No Observaciones \_\_\_\_\_

Arteria   Si  No \_\_\_\_\_

Vena   Si  No \_\_\_\_\_

Uréter  \_\_\_\_\_

Parénquima  Normal  Patológica \_\_\_\_\_

Medidas  x  x

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pedido de biopsia  Si  No Resultado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordinador donante: