incucai

Historia clínica del donante y protocolo de ablación
GLOBOS OCULARES

Proceso donación N°
JURISDICCIÓN

DATOS DEL DONANTE

1.APELLIDOS Y NOMBRES

2.Edad | **3.Sexo** M ☐ F ☐ | **4.INSTITUCIÓN**

5.Fecha de Internación (Día) (Mes) (Año) | **6.Servicio** UTI ☐ GUARDIA ☐ OTRO SERVICIO ☐ _____

DOMICILIO PARTICULAR ☐ MORGUE JUDICIAL ☐ MORGUE HOSPITALARIA ☐ CASA VELATORIA ☐

7.Ojo ablacionado
a.Ojo derecho ☐ _____ b.Ojo izquierdo ☐ _____

8.Causa de muerte

9.Muerte encefálica (En caso que corresponda)
a.Fecha (Día) (Mes) (Año) | a.Hora (H) (M)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

10.USO DE ANTICOAGULANTE SI ☐ NO ☐ (dato indispensable)

11.Patología ocular SI ☐ NO ☐

12.Cirugía ocular SI ☐ NO ☐

13.Infecciosos

14.Metabolicos

15.Obesidad SI ☐ NO ☐

16.Neoplasicos

17.Cultivos recientes

18.ATB

19.ATBgrama

20.Otros (especificar)

PROTOCOLO OPERATIVO DE ABLACIÓN

21.Fecha (Día) (Mes) (Año) | **22.Hora** (H) (M) | **23.MÉDICO ABLACIONISTA** a.Apellidos y Nombres

b.Especialidad | c.Matrícula Nacional N° | d.Matrícula Provincial N°

e.Teléfono Personal de contacto (incluir código de área) _

24.ABLACIÓN REALIZADA EN

25.Refrigeración SI ☐ NO ☐

25a.Hora de ingreso a camara de refrigeranción (H) (M)

26.Especificar CLAMPEO ☐ PARADA CARDÍACA ☐

26a.Fecha (Día) (Mes) (Año)

26b.Hora (H) (M)

27.CAUSA DE NO ABLACIÓN (especificar)

REPARACIÓN OCULO-ORBITARIA

28.Habitual SI ☐ NO ☐

29.Con complicaciones SI ☐ NO ☐

30.Hemostasia normal SI ☐ NO ☐

31.Se entrega el cuerpo en condiciones al coordinador SI ☐ NO ☐

32.Se indica mantener el cuerpo con la cabeza elevada SI ☐ NO ☐

33.COMENTARIOS

_____
FIRMA Y SELLO DEL ABLACIONISTA