

1.1- Recepción de comunicación del PROCESO DE DONACION

Proceso de Donación N°:	Establecimiento:
--------------------------------	-------------------------

DATOS DEL POTENCIAL DONANTE			
Apellido:		Nombre:	
Edad:	DNI:	Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	/ /	Nacionalidad:	
Domicilio:		Localidad:	Provincia:
Fecha de internación:	/ /	Fecha Registro G7:	/ / Glasgow: /15
Días en ARM:			

Causa de Muerte			
<input type="radio"/> ACV hemorrágico	<input type="radio"/> E.A.P.	<input type="radio"/> Infecciosa	<input type="radio"/> Neoplasias generales
<input type="radio"/> ACV isquémico	<input type="radio"/> H.A.B.	<input type="radio"/> Insuf. respiratoria por asma	<input type="radio"/> Neoplasias del S.N.C.
<input type="radio"/> Anoxia	<input type="radio"/> H.A.F.	<input type="radio"/> Insuf. respiratoria por EPOC	<input type="radio"/> Politraumatismos
<input type="radio"/> Autólisis	<input type="radio"/> I.A.M.	<input type="radio"/> Intoxicación	<input type="radio"/> T.E.C.
<input type="radio"/> Desconocida	<input type="radio"/> I.C.C.	<input type="radio"/> Muerte súbita	<input type="radio"/> T.E.P.

● Apnea definitiva (sin interacción de drogas depresoras o bloqueantes neuromusculares) desde:	Fecha / /
	Hora: :
Presenta Sme Clínico de MBCN?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
Conducta a seguir	<input type="radio"/> Protocolo Dg de MBCN <input type="radio"/> Corte del proceso
● Parada Cardio Respiratoria	Fecha / /
	Hora: :

Motivos de corte del proceso	
<input type="radio"/> Órganos y/o tejidos patológicos	<input type="radio"/> Imposible establecer causa de muerte
<input type="radio"/> DOM infecciosa	<input type="radio"/> Embarazo en curso
<input type="radio"/> DOM no infecciosa	<input type="radio"/> Logística interna
<input type="radio"/> Enferm. infecciosa de causa desconocida	<input type="radio"/> Logística externa
<input type="radio"/> Infección específica transmisible	<input type="radio"/> Imposible obtener serología (Hemodilución)
<input type="radio"/> HIV o conducta de riesgo	<input type="radio"/> No localización de familiares
<input type="radio"/> Infección vírica aguda	<input type="radio"/> Tiempo transcurrido post paro
<input type="radio"/> Enfermedad oncohematológica	<input type="radio"/> Negativa judicial

ABORDAJE FAMILIAR

MANIFESTACIÓN EXPRESA hacia la donación (mayores de 18 años)		
<input type="radio"/> Positiva	<input type="radio"/> DNI	(*) Actas INCUCAI, RENAPER, correo oficial, perfil digital del ciudadano "MI ARGENTINA"
<input type="radio"/> Negativa	<input type="radio"/> RENADON SINTRA (*)	
Ausencia de voluntad expresa – INSTANCIAS DE VERIFICACION		
<input type="radio"/> Positiva	<input type="radio"/> Negativa	<input type="radio"/> No se constata expresión
Instancia de verificación:		

Autorización padre/madre/tutor a la donación (<18 años)	
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO: Motivo:

Familiar de referencia: NyA:	Parentesco:	
Dirección:	CP:	Ciudad: Provincia: Teléfono:

Coordinador responsable: