

# 4.5- Protocolo Quirúrgico de ABLACIÓN PULMONAR o BLOCK CARDIOPULMONAR



Proceso de Donación N°:	Certif Ablación (CAO) N°:
<b>DATOS DEL DONANTE</b>	
Apellido:	Nombre:
Edad:	Sexo:
Documento:	Establecimiento:
Causa de muerte:	

<b>EQUIPO DE TRASPLANTE:</b>			
ORGANOS ABLACIONADOS:	Pulmón: <input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/> Izquierdo	Corazón: <input type="radio"/>	
Cirujano: Apellido y Nombre:	Matrícula:		
Ayudante: Apellido y Nombre:	Matrícula:		
Ingreso a quirófano: Fecha:	Hora:	Egreso: Fecha:	Hora:
Clampeo Arterial: Fecha:	Hora:	Ablación del Órgano: Fecha:	Hora:

1- Ablación: Multiorgánica  Monoorgánica

2- Semiología Intraoperatoria:  Normal  Patológica (Describir):

3- Signos Vitales Preclampeo: TA: / FC: PVC:

4- Perfusión: Tipo de Solución: Cantidad: Lts.  
Lavado satisfactorio: SI  NO  (Describir):

5- Cultivos Intraoperatorios: NO  SI  Detallar:

<b>Técnica quirúrgica:</b>

Cirujano (Firma y Sello)

Ayudante (Firma y Sello)