

4.7- Protocolo Quirúrgico de ABLACIÓN



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

ORGANO ABLACIONADO		EQUIPO DE TRASPLANTE	
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:

Técnica quirúrgica:

Cirujano (Firma y Sello)

Ayudante (Firma y Sello)