

4.8- Protocolo Quirúrgico de ABLACIÓN OSTEOTENDINOSA



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

Tipo de Donante			
CADAVÉRICO: CAUSA DE MUERTE:			
Multiorgánico	Clampeo Arterial: Fecha:	Hora:	
Tejidos	PCR: Fecha:	Hora:	
VIVO: CAUSA DE CIRUGÍA:			
CIRUGIA REALIZADA	Tipo:	Fecha:	Hora:

Equipo Quirúrgico			
Institución que ablaciona:			
Cirujano: Apellido y Nombre:			Matrícula:
Ayudante: Apellido y Nombre:			Matrícula:

Serología							
Fecha:	Laboratorio:			(R: Reactivo / NR: No Reactivo – Título si corresponde)			
HIV I/II		p24		VHBs Ag		VHBs Ac	
VHB AntiCORE		VHC Ac		Chagas Método 1		Chagas Método 2	
CMV IgM		CMV IgG		Toxo IgM		Toxo IgG	
VDRL		Huddleson		VEBar		HTLV I/II	

Grupo Sanguíneo	Grupo	A	B	O	Factor	+	-
------------------------	-------	----------	----------	----------	--------	----------	----------

Antecedentes								
	SI	NO	Desc		SI	NO	Desc	
Enfermedad ósea preexistente				Neoplasias				
Tratamiento esteroideo reciente (>5ds)				Enf neurológicas				
Inyecciones intrarticulares en la zona Seleccionadas				Enf Infecciosas Detallar:				
Heridas abiertas, infecciones o irradiaciones en las zonas seleccionadas				Drogadicción Detallar:				
Tatuajes <1a				Otras				

Piezas Ablacionadas y Nro.	Fecha:	Hora:

Sción Preservación	
Banco que recibe:	

Cirujano (Firma y Sello)

Ayudante (Firma y Sello)