

# 4.9- Protocolo Quirúrgico de ABLACIÓN VÁLVULAS CARDÍACAS



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

<b>Donante</b>	<b>CAUSA DE MUERTE:</b>			
	Multiorgánico	Clampeo Arterial: Fecha:	Hora:	
	Tejidos	PCR: Fecha:	Hora:	

<b>Equipo Quirúrgico</b>	
Institución que ablaciona:	
Cirujano: Apellido y Nombre:	Matrícula:
Ayudante: Apellido y Nombre:	Matrícula:

<b>Serología</b>							
Fecha:				Laboratorio:			
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	

<b>Grupo Sanguíneo</b>	Grupo	A	B	O	Factor	+	-
------------------------	-------	---	---	---	--------	---	---

<b>Antecedentes</b>											
	SI	NO	Desc		SI	NO	Desc		SI	NO	Desc
HTA				Dislipemia				Tatuajes <1a			
<i>En tratamiento</i>				ACV previos				Riesgo ETS			
Tabaquismo				Cardiop Isquem				Carcel <1a			
Alcoholismo				Vasculop perisf				Psiquátricos			
Diabetes				Drogadicción				Neoplasias			

<b>Ablación</b>		Fecha:	Hora:
Corazón		Vasos: Arteria	
Base Corazón con válv Aórtica y válv Pulmonar		Vena	
Pericardio		Conducto	

<b>Solución de Preservación</b>	Solución Salina Estéril
	Medio Nutriente (especificar):

<b>Banco que recibe:</b>	
--------------------------	--

Cirujano (Firma y Sello)

Ayudante (Firma y Sello)