Consecutivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código CRT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha y Hora del reporte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  Médico Coordinador a cargo:   | Teléfonos disponibles para coordinar oferta:   |
| **DATOS DEL DONANTE**  |
| Mecanismo de Donación  | Edad   | Sexo  | Raza   | Nacionalidad   |
| CF  | PL  | M  | F  |
| Regional Generadora:  | IPS Generadora:   |
| Fecha y hora de ingreso a IPS  | Servicio  |  GS  | Rh  |
| Día   | Mes   | Año   | Urgencias   |  UCI   | Otro   |   |   |
|  **DATOS DE LA MUERTE**  |
| Fecha y hora de la muerte  | **Observaciones**   |
| Día  | Mes   | Año   | Hora   |
| Causa de Muerte  | TAC (SI / NO) Resultado   |
|  **TCE**  |   | Causa  |
|  **ECV**  | **Hemorrágico**  | **Isquémico**.   | Causa  |
|  **EHI**  |   | Causa  |
|  **Tumor**  |   | Tipo  |
|  **Otra**  |   | Causa  |
|  Pruebas Certeza:   |
| **ANTECEDENTES**  |
| Patológicos ***Si / No (Cuales)***  | Familiares ***Si / No (Cuales)***  |
| Quirúrgicos ***Si / No (Cuales)***  | Tóxico-alérgicos ***Si / No (Cuales)***  |
| Farmacológicos ***Si / No (Cuales)***  | Inmunológicos ***Si / No (Cuales)***  |
| Traumáticos ***Si / No (Cuales)***  | Hospitalarios ***Si / No (Cuales)***  |
| Tatuajes y/o Piercing | Otros/Observaciones |
|  Número  |  Mes y año del más reciente |
|  Tiempo de ventilación mecánica |  Suministro de nutrición enteral |
| **Si**  | **No**  | (Horas) | Si | No | Número de días |
| Fiebre ***Si / No***  | Manejo | Hipotensión ***Si / No***  | Manejo |
| RCP ***Si / No***  | Manejo | Infección ***Si / No***  | Manejo |
| Intervenciones Qx ***Si / No***  | Cuales  |
| ***EXAMEN FÍSICO***  |
| Peso (Kg) |  | Talla (Cms) |  | Perímetro Abdominal |  | Perímetro Torácico |  |
| Lesiones | Otros/Observaciones   |
| **MANTENIMIENTO DEL DONANTE**  |
| TA |  | Media: |  | FC |  | FR |  |
| T°  |  | SaO2 %  |  | Diuresis (cc/h)  |  | Otros:  |  |
|  Líquidos endovenosos (Tipo, cantidad) |
| Transfusiones ***Si / No***  | Tipo:  | No. de Unidades:  | Fecha y hora de la última Unidad:  |
|  Observaciones |
| **AYUDAS DIAGNÓSTICAS** |
| Rx Tórax:  | Eco. Abdominal: |
| ECG: | Ecocardiograma: |
| Otras Ayudas Dx:  |
| **MEDICAMENTOS (VASOPRESORES, ANTIBIÓTICOS, ETCÉTERA):**  |
| 1.  | Inicio  | Fin  | Dosis Máxima  |
| 2.  | Inicio  | Fin  | Dosis Máxima  |
| 3.  | Inicio  | Fin  | Dosis Máxima  |
| 4.  | Inicio  | Fin  | Dosis Máxima  |
| 5.  | Inicio  | Fin  | Dosis Máxima  |
| **LABORATORIOS** Fecha y hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratorio de procesamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| ***Cuadro Hemático***  | ***Química sanguínea***  | ***Gases Arteriales***  |
| Hb  |   | Creatinina  |   | pH  |   |
| Hto%  |   | Bun (NU)  |   | pCO2  |   |
| Leucocitos  |   | ALT / GPT  |   | pO2  |   |
| Linfocitos  |   | AST /GOT  |   | H2CO3  |   |
| Neutrófilos  |   | Bilirrubina Total  |   | BE  |   |
| Basófilos  |   | Bilirrubina Directa  |   | ***Coagulación***  |
| Monocitos  |   | Bilirrubina Indirecta  |   | PT  |   |
| Cayados  |   | Amilasa  |   | PTT  |   |
| Eosinófilos  |   | Glicemia  |   | INR  |   |
| Plaquetas  |   | CPK  |   | ***Parcial de Orina***  |
| ***Electrolitos***  | CPK – MB  |   |   |
| Sodio  |   | LDH  |   |
| Potasio  |   | GGT  |   | ***Cultivos***  |
| Cloro  |   | Fosfatasa Alcalina  |   |    |
| Calcio  |   | Albumina  |   |
| Otros  |   | Troponina  |   |
| Observaciones:  |
| **PERFIL INFECCIOSO (Para diligenciamiento por el médico coordinador)** Fecha y Hora de reporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratorio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ac= anticuerpos)  |
| HVC / Ac Hepatitis C  | Chagas  |
| HBs Ag / Antígeno superficie Hepatitis B  | RPR / VDRL/ Serología para Sífilis  |
| HB ANTIC Ags /Ac Anti- Antígeno Superficie HB (AUSAB)  | HIV / Ac VIH  |
| HB Anticore Total/ Ac Hepatitis Anti Core Total  | Toxoplasma IgG/ Ac Toxoplasma IgG  |
| HB Anticore IgG / Ac anticore IgG HB  | Toxoplasma IgM/ Ac Toxoplasma IgM  |
| HB Anticore IgM/ Ac anticore IgM HB  | HTLV 1/ Ac Virus linfotrópico de células T Humanas  |
| CMV IgG / Ac Citomegalovirus IgG  | HTLV2/ Ac Virus linfotrópico de células T Humanas  |
| CMV IgM/ Ac Citomegalovirus IgM  | Epstein Barr/ Ac Epstein Barr  |
| Otra:  |
| **INMUNOLOGÍA – HLA** Fecha y hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratorio de procesamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|   |   |   |
| A1  | B1  | DR1  |
| A2  | B2  | DR2  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y nombre Médico Coordinador Nombre del profesional responsable en el CRT

**Fuente: Instituto Nacional de Salud, Coordinación Nacional de Donación y Trasplantes.**