|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. PROCEDENCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HOSPITAL GENERADOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL COORDINADOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE NOTIFIACIÓN: / /** | | | | | | | | | | | | | | **HORA DE NOTIFICACIÓN: /: :** | | | | | | |
| **HORA Y FECHA DE DETECCIÓN** | | | | | | El día  de del a las  **:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. DATOS DEL DONADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EDAD: años** | | | | | | | | | **SEXO:** | | | | | | | | | **OCUPACIÓN:** | | |
| **ESTADO CIVIL:** | | | | | | | | | | | | **TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH:** | | | | | | | | |
| **CASO MEDICO-LEGAL** | | | | **SI ⃝** | | | | | | **NO ⃝** | | | | **EXPEDIENTE:** | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE PROCEDENCIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE INGRESO HOSPITALARIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | **HORA DE INGRESO HOSPITALARIO:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **HISTORIA CLÍNICA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Signos vitales:** | | | **FC: x´** | | **FR: x´** | | | | | | **TA:** mmHg | | | | | | **Uresis:** | | | |
| **Laboratorios:** | **Cr:** | | | | | | | **Na:** | | | | | | | **K:** | | | | **Cl:** | **Glu:** |
|  | **Leu:** | | | | | | | **Urea:** | | | | | | | **Hto:** | | | | **Hb:** | **Plaq:** |
| **Imagen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAUSA DE MUERTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MEDICAMENTO** | | **INICIO** | | | | | **TERMINO** | | | | | | **DOSIS** | | | **OBSERVACIONES** | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | |
| **3. COORDINACIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FECHA DE REGISTRO:** | | | | | | | | | | | | | | **HORA DE REGISTRO:** | | | | | | |
| **NOMBRE DEL COORDINADOR DEL BPYT INR LGII:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DE LA PERSONA QUE CONTESTO EL CUESTIONARIO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL FAMILIAR QUE FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formulario de evaluación inicial para la donación de tejido osteotendinoso, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SE PROCEDIÓ A PROCURACIÓN** | **SI ⃝** | **NO ⃝** |
| **INICIO DE PROCURACIÓN:** |  | |
| **FIN DE LA PROCURACIÓN:** |  | |
| **OBSERVACIONES GENERALES:** |  | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EVALUACIÓN INICIAL** | **SI** | **NO** |
| **1.-¿El donante es mayor de 18 años?** | **⃝** | **⃝** |
| **2.-¿El donante se encuentra en ventilación asistida?** | **⃝** | **⃝** |
| **Descripción:** |
| **3.-¿El donante se encuentra con menos de 8 horas de defunción** | **⃝** | **⃝** |
| **4.-¿El donante se encuentra con menos de 12 horas en refrigeración?** | **⃝** | **⃝** |
| **5.-¿El donante presenta lesiones en extremidades?** | **⃝** | **⃝** |
| **Descripción:** |
| **6.-¿El donante cuenta con historia clínica de alguna enfermedad infecciosa documentada** | **⃝** | **⃝** |
| **7.-¿El donante ha padecido alguna enfermedad como Hepatitis, VIH, o infección por citomegalovirus?** | **⃝** | **⃝** |
| **8.-¿El donante tiene antecedentes de enfermedades nerviosas degenerativas por priones, Parkinson o Enfermedad deCreutzfeldt-Jakob?** | **⃝** | **⃝** |
| **9.-¿El donante tiene antecedentes de artritis reumatoide o alguna enfermedad autoinmune?** | **⃝** | **⃝** |
| **10.-¿El donante tiene antecedentes de padecer linfoma?** | **⃝** | **⃝** |
| **11.-¿El donante tiene alguna gangliopatía aparente?** | **⃝** | **⃝** |
| **12-¿El donante tiene marcas de venopunción crónica?** | **⃝** | **⃝** |
| **13.-¿El donante presenta alguna lesión o tumoración en extremidades?** | **⃝** | **⃝** |
| **14.-¿El donante presenta antecedentes de cáncer y/o metástasis?** | **⃝** | **⃝** |
| **15.-¿El donante tiene antecedentes de abuso de drogas, prostitución u homosexualidad?** | **⃝** | **⃝** |
| **16.-¿El donante tiene antecedentes de septicemia o tratamiento hormonal?** | **⃝** | **⃝** |
| **17.- ¿Los familiares consienten la donación de tejido musculoesquelético?**  **(2 Piernas, 2 brazos)** | **⃝** | **⃝** |
| **CALIFICACIÓN:** | | |