**formato de TRAZABILIDAD DE la PROCURACIÓN de aloinjerto de piel**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.- donacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **hora y fecha de NOTIFICACIÓN de DONACIÓN** | | | | | **nombre de la**  **persona que Notifica de DONACIÓN** | | | | | | | | | **HOSPITAL GENERADOR** | | | | | | | | | | | | | | **hora Y FECHA de CONFIRMACIÓN del BPYT asistencia a PROCURACIÓN** | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **nombre del coordinador del hospital generador:** | | | | | | | | | | | | | | **MARQUE TIPO DE donador** | | | | | | | | | | | | | | **CAUSA DE MUERTE :** | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **QUE ORGANOS ESTAN PROGRAMADOS Y CONSENTIDOS PARA EXTRACCION**  **(MARQUE CON UNA x EN LA FILA SIGUIENTE)** | | | | | | | | | | | | | | **ME** | | | | | | **PC** | | | | | | | | **CASO M L** | | | | | **NORMAL** | |
| **corazÓN** | **HÍGADO** | | | **RIÑÓN izquierdo** | | | | **RIÑÓN derecho** | | | **cornea**  **izquierda** | | | | | | | **cornea derecha** | | | | | **piel** | | | | **HUESO** | | | **OTRO ESPECIFIQUE:** | | | | |
| **NOMBRE DEL DONANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NUMERO DE EXPEDIENTE EN HG** | | | | | | | | | |
| **RECIBIÓ**  **PANEL VIRAL** | | | **RECIBIÓ**  **LABORATORIOS** | | | | | **DONANTE EN ESQUEMA ANTIBIÓTICOS** | | | | | | | | **TIPO SANGRE Y FACTOR RH** | | | | | | | | | **OBSERVACIONES:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **2. obtencion del tejido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **nombre COMPLETO PERSONAL BPYT** | | | | | | **ACTIVIDAD** | | | **HORA DE LLEGADA AL INRLGII** | | | | **HORA DE SALIDA DEL INRLGII** | | | | **HORA DE TERMINO**  **HG** | | | | **HORA**  **REGRESO**  **AL INRLGII** | | | | | | | | **HORA TERMINO**  **ACTIVIDAD** | | **TOTAL HORAS** | | | **FIRMA** |
|  | | | | | | **CIRUJANO** | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | **ASISTENTE** | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | **COORDINA** | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | **PERSONAL HG** | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |  | | |  |
| **VALORACIÓN DONANTE:** | | | | | | **TATUAJES** | | | **PIERCING** | | | | **LUNARES** | | | | **HERIDAS** | | | | | **OTROS:** | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDAD Y TIEMPO EN QUIRÓFANO DEL HOSPITAL GENERADOR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **¿EXPEDIENTE**  **DEL HG esta COMPLETO?**  **si ( ) no ( )**  **describa que falto.** | | |
| **HORA DE INGRESO:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | **HORA DE PINZADO DE AORTA** | | | | | | | **TIEMPO TOTAL ISQUEMIA** | | | | | |
| **HORA DE PREPARACIÓN Y LAVADO DE CUERPO:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **HORA DE INICIO DE ABLACIÓN DEl TEJIDO:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| **HORA DE TERMINO DE OBTENCIÓN de tejido:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **hora de INMERSIÓN en medio transporte:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **hora de salida:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **ÓRGANOS y TEJIDOS PROCURADOS (MARQUE CON UNA X TODOS LOS QUE APLIQUEN) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CORAZÓN** | **HÍGADO** | | | **RIÑÓN izquierdo** | | | | **RIÑÓN derecho** | | | **cornea**  **izquierda** | | | | | | | **cornea derecha** | | | | | **piel** | | | | **HUESO** | | | **OTRO ESPECIFIQUE:** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **3.- datos TÉCNICOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL DE**  **LAMINAS DE PIEL OBTENIDAS** | | **TOTAL DE CM2 OBTENIDOS** | | | | | **TOTAL DE NAVAJAS UTILIZADAS** | | | **NUMERO SERIE DERMATOMO** | | | | | **TUVO PROBLEMA CON DERMATOMO** | | | | | | | | | **OBSERVACIONES:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DEL BPYT INRLGII:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **NUMERO DE EXPEDIENTE INRLGII** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **OBSERVACIONES GENERALES:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**HG = HOSPITAL GENERADOR, cML= caso MEDICO LEGAL, ME= MUERTE ENCEFÁLICA, PC= PARADA CARDIACA,**

**BPYT = BANCO DE PIEL Y TEJIDOS**

**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 piel, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.