

CAPÍTULO 17

Autores

Francisco Caballero, M.D., Ph.D. Rafael Matesanz, M.D., Ph.D.

INFORME CLÍNICO DONANTE DE ÓRGANOS

Código Donante: DO- /

DATOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS

- Nombre completo:
- Código donante (alfanumérico):
- Sexo (V/M):
- Edad (años):
- Nacionalidad:
- Fecha donación (dd/mm/aaaa):

Datos Antropométricos-Grupo sanguíneo y Tipaje HLA

- Peso (Kg):
- Talla (cm):
- Esternón (cm):
- Diámetro tórax/abdomen (cm):
- Radiografía de tórax-Longitud vértice pulmón izquierdo-diafragma (cm):
- Radiografía de tórax-Longitud vértice pulmón derecho-diafragma (cm):
- Radiografía de tórax-Longitud entre ambos senos costofrénicos (cm):
- Grupo sanguíneo (ABO y Rh):
- Tipaje HLA (A, B y DR):

Datos Administrativos

- H. Clínica (nº):
- CIP:
- Fecha (dd/mm/aaaa) y hora (hh:mm) de ingreso hospitalario:
- Motivo de ingreso hospitalario:
- Servicio médico (ingreso hospitalario):
- Caso Judicial (Sí/No):
- Código ictus (Sí/No):
- Código IAM (Sí/No):
- Traslado al hospital vía SEM (Sí/No):
- Fecha (dd/mm/aaaa) y hora (hh:mm) de intubación orotraqueal-Lugar:

Diagnóstico médico-legal y certificación de la muerte encefálica (ME)

- Existe evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el SNC compatible con la situación de muerte encefálica (Sí/No):
- Coma de etiología conocida y de carácter irreversible (Sí/No):
- Causa de muerte encefálica:
- Fecha y hora en la que se completa el diagnóstico y la certificación de la ME:
- Médicos (tres) que realizan el diagnóstico médico-legal y firman el acta de certificación de la muerte encefálica (nombre y número de colegiado):
- Jefe de servicio de la unidad médica donde se encuentre ingresado, o su sustituto:
- Neurólogo:
- Neurocirujano:
- Pruebas instrumentales de soporte diagnóstico de muerte encefálica (Sí/No):
- Pruebas que evalúan la función neuronal (ej. EEG):
- Pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral (ej. Gammagrafía cerebral con HMPAO, DTC, etc):
- Coordinador de Trasplantes o médico de guardia en CTx (nombre y apellidos):
- Enfermera de mantenimiento del donante (nombre y apellidos):

HISTORIA CLÍNICA		
Enfermedad actual		
Antecedentes patológicos (Sí-descripción/No)	<input type="checkbox"/> Antecedentes patológicos oncológicos (coriocarcinoma, melanoma, etc) <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/> Neumopatías <input type="checkbox"/> Hepatopatías <input type="checkbox"/> Nefropatías <input type="checkbox"/> Enfermedades pancreáticas <input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales <input type="checkbox"/> Enfermedades alérgicas (ej. alergias alimentarias: nueces, cacahuetes, etc) <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes (ej. trombocitopenia autoinmune) <input type="checkbox"/> Enfermedades reumáticas (ej. LES, AR, etc) <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación (ej. déficit de factores de la coagulación) <input type="checkbox"/> Antecedentes patológicos infecciosos (HIV, tuberculosis, hepatitis vírica, infección por priones, etc) <input type="checkbox"/> Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, etc) <input type="checkbox"/> Patologías que pueden estar asociadas con inmunodepresión (ej. cirrosis, IRC, etc) <input type="checkbox"/> Antecedentes de trasplante de órganos y/o tejidos humanos <input type="checkbox"/> Tratamiento médico (inmunosupresores, corticoides, etc) <input type="checkbox"/> Hábitos tóxicos (ej. tabaquismo, enolismo, ADVP, consumo de drogas de abuso por vía no parenteral, etc) <input type="checkbox"/> Intervenciones quirúrgicas (motivos) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios y motivo-/s <input type="checkbox"/> Transfusión de hemoderivados <input type="checkbox"/> Accidentes <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS) <input type="checkbox"/> Alergias medicamentosas <input type="checkbox"/> Otros	
Antecedentes familiares (Sí-descripción/No)	Antecedentes oncológicos	Enfermedades hereditarias

HISTORIA SOCIAL

<p>Introducción</p>	<p>La historia social del donante debe ser realizada siempre y debe ser sistemática y completa. Además se deberá revisar y evaluar toda la información clínica disponible (en formato electrónico o en papel) recogida en la historia clínica hospitalaria, en la información que nos proporcione la familia del donante en la entrevista familiar, así como todas las analíticas recientes e informes de biopsias.</p>
<p>Población de riesgo portadora de enfermedades potencialmente transmisibles con el trasplante de órganos (Sí-description/No) –Evaluación del riesgo social y sexual/ Criterios de prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hábitos sexuales (Promiscuidad, ETS, etc) <input type="checkbox"/> Evaluación meticulosa de los donantes que han sido parejas sexuales de ADVP, o con antecedentes de promiscuidad sexual, o de estancias en la prisión superiores a 72 horas <input type="checkbox"/> Hábitos tóxicos (ADVP) <input type="checkbox"/> Signos de venopunción no terapéutica, tatuajes o piercings no filiados (ej. piercing genital, o tatuajes o piercings realizados hace menos de un año) <input type="checkbox"/> Estancias en la prisión superiores a 72 horas. <input type="checkbox"/> Transfusión de hemoderivados (ej. por hemofilia) <input type="checkbox"/> Antecedentes o factores de riesgo de infecciones víricas y parasitarias: HIV, VHB, VHC, HTLV I/II, rabia, WNV, SARS, paludismo. <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas de etiología conocida o desconocida. <input type="checkbox"/> Enfermedades por priones (TSEs-Transmissible Spongiform Encephalopathies) <input type="checkbox"/> Riesgo de padecer la vCJD: estancia en el Reino Unido (período 1980-1996) <input type="checkbox"/> Tratamientos con pituitaria-hGH y/o duramadre humana. <input type="checkbox"/> Viajes o residencia en áreas endémicas o con elevada prevalencia de determinadas infecciones: <ul style="list-style-type: none"> .Tuberculosis .WNV (West Nile Virus) .SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) .Dengue .Malaria .HTLV I/II <p>Evaluar cada caso individualmente, según historia clínica y riesgo según área geográfica. Se ha de interrogar por el lugar y el tiempo de estancia e inmunización. Es recomendable averiguar si durante el viaje o después de la vuelta el donante presentó sintomatología que pueda hacer sospechar determinadas infecciones (ej. WNV, fiebre Q, dengue, malaria, etc.)</p>

EXPLORACIÓN FÍSICA				
Introducción	La exploración física del donante debe ser realizada de forma sistemática y debe incluir , al menos, los siguientes apartados, y documentarlos (Sí/No)			
SNC	<p>Diagnóstico de muerte por criterios clínicos neurológicos (muerte encefálica)</p> <p>1. <u>Condiciones diagnósticas</u></p> <p>Coma de etiología conocida y de carácter irreversible. Debe haber evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con la situación de muerte encefálica.</p> <p>2. <u>Criterios clínicos diagnósticos de muerte encefálica. Exploración clínica neurológica</u></p> <p>. Coma . Ausencia de reflejos de troncoencéfalo. . Ausencia de respiración espontánea.</p>			
General	<p>. <u>Cabeza y cuello</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de la cavidad oral (leucoplasia, candidiasis oral inexplicable)</p> <p><input type="checkbox"/> Pulsos carotídeos</p> <p><input type="checkbox"/> Ingurgitación yugular</p> <p><input type="checkbox"/> Tiroides</p> <p>. <u>Piel y faneras</u></p> <p><input type="checkbox"/> Evidencia física de infección activa o de sepsis (rash, petequias)</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices (ej. postquirúrgicas) y/o tumores cutáneos</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas y/o hemorragias, ictericia</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas de color rojo azulado o púrpura por sarcoma de Kaposi.</p> <p><input type="checkbox"/> Signos de venopunción no terapéutica (ADVP)</p> <p><input type="checkbox"/> Tatuajes y/o piercings (ej. piercing genital)</p> <p><input type="checkbox"/> Acropaquia</p> <p>. <u>Extremidades</u></p> <p><input type="checkbox"/> Pulsos arteriales en EESS y en EEII</p> <p><input type="checkbox"/> Edemas maleolares</p> <p>. <u>Genitales</u></p> <p><input type="checkbox"/> Presencia de ETS (condilomas perianales, chancros luéticos, úlceras genitales, chancroide)</p> <p><input type="checkbox"/> Evidencia de traumatismos y/o lesiones perianales o vulvares por inserción</p> <p>. <u>Otros</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tumoraciones y/o adenopatías (axilares, cervicales, inguinales y/o supraclaviculares)</p> <p><input type="checkbox"/> Estigmas de hepatopatía crónica (ej. ginecomastia, hipertrofia parótidas, hepatomegalia, eritema hipotenar, etc)</p>			
Tórax	Inspección (arañas vasculares, traumatismos, cicatrices)	Palpación (ginecomastia, tumores mama)	Auscultación cardíaca	Auscultación pulmonar
Abdomen	Inspección (traumatismos, cicatrices, circulación colateral)	Palpación (hepatomegalia, lesiones nodulares hepáticas, ascitis, hernias umbilicales y/o inguinales, esplenomegalia)	Percusión	Auscultación (peristaltismo)
Resumen hallazgos patológicos:				

SEROLOGÍAS ESTÁNDAR URGENTES DONANTE DE ÓRGANOS

Código Donante: DO- /

Infección	Serologías (*Anticuerpos específicos globales: Ig G e Ig M)	Resultados
<input type="checkbox"/> HIV 1 y 2	*Ac anti-VIH 1 y 2 / Ag p-24 VIH 1	
<input type="checkbox"/> Virus hepatitis B (VHB)	HBsAg	
	*Ac anti-HBc	
	*Ac anti-HBsAg (opcional)	
<input type="checkbox"/> Virus hepatitis C (VHC)	*Ac anti-VHC	
<input type="checkbox"/> CMV	IgG específicas	
<input type="checkbox"/> HTLV 1/2	*Ac anti-HTLV 1/2	
<input type="checkbox"/> Lúes	RPR (Reagina plasmática rápida)	
<input type="checkbox"/> <i>Trypanosoma cruzi</i>	*Ac anti- <i>T. cruzi</i>	

DATOS ANALÍTICOS (SANGRE Y ORINA) Y MICROBIOLÓGICOS

Fecha (dd.mm.aaaa)					
Hora (hh:mm)					
Bioquímica sangre	(Valores Ref.)				
<input type="checkbox"/> Glucosa	(3,0-6,1 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> Urea	(2,9-8,2 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> Creatinina	(0-80 µmol/L)				
<input type="checkbox"/> Sodio	(136-145 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> Potasio	(3,5-5,1 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> Amonio	(<72 µmol/L)				
<input type="checkbox"/> AST	(0-31 U/L)				
<input type="checkbox"/> ALT	(0-31 U/L)				
<input type="checkbox"/> F. Alcalina	(35-110 U/L)				
<input type="checkbox"/> GGT	(0-43 U/L)				
<input type="checkbox"/> Bilirrubina total	(<17 µmol/L)				
<input type="checkbox"/> Bilirrubina directa	(<6 µmol/L)				
<input type="checkbox"/> CK	(0-140 U/L)				
<input type="checkbox"/> Troponina T ultrasensible	(< 13 ng/L)				
<input type="checkbox"/> Mioglobina	(0-100 µg/L)				
<input type="checkbox"/> Amilasa	(< 100 U/L)				
<input type="checkbox"/> Lipasa	(<60 U/L)				
<input type="checkbox"/> Hb glicosilada	(4,6-5,8%)				
Bioquímica orina	(Valores Ref.)				
<input type="checkbox"/> Albúmina	(0,1-20 mg/L)				
<input type="checkbox"/> Hematies					
<input type="checkbox"/> Bilirrubina					
<input type="checkbox"/> Mioglobina	(<50 µg/L)				
Hemograma	(Valores Ref.)				
<input type="checkbox"/> Hb	(120-150 g/L)				
<input type="checkbox"/> Hematocrito	(35-45%)				
<input type="checkbox"/> VCM	(80-98 fL)				
<input type="checkbox"/> Leucocitos	(3,8-11x10E9/L)				
<input type="checkbox"/> Fórmula leucocitaria,%	(S, L, M, E y B)				
Coagulación	(Valores Ref.)				
<input type="checkbox"/> Tiempo de Protrombina (INR)	(0,75-1,30)				
<input type="checkbox"/> Plaquetas	(140-350 x10E9/L)				
<input type="checkbox"/> Fibrinógeno	(1,5-4 g/L)				
<input type="checkbox"/> Dímero DD	(<500 µg/L)				
Gasometría arterial	(Valores Ref.)				
(con FiO₂ de 1y PEEP de 5 cm H₂O)					
<input type="checkbox"/> pH	(7,35-7,45)				
<input type="checkbox"/> PaO ₂	(80-100 mmHg)				
<input type="checkbox"/> PaCO ₂	(35-45 mmHg)				
<input type="checkbox"/> HCO ₃	(20-25 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> Exceso de base	(± 5 mmol/L)				
<input type="checkbox"/> SaO ₂	(90-100%)				
Microbiología (resultados)					
<input type="checkbox"/> Urinocultivo					
<input type="checkbox"/> Hemocultivo					
<input type="checkbox"/> Estudio micobacterias del aspirado traqueal (Tinción de BK y PCR)					
<input type="checkbox"/> Cultivo (bacteriológico y micológico) secreciones bronquiales					
<input type="checkbox"/> Otros (describir)					

ESTUDIOS Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (Sí-Informe/No)	
Código Donante: DO- /	
<i>Fecha (dd/mm/aaaa) y Hora (hh:mm)</i>	
<input type="checkbox"/> TAC craneal	
<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> RX simple tórax	
<input type="checkbox"/> Ecografía abdominal y pélvica	
Otros estudios radiológicos y/o exploraciones opcionales	
<input type="checkbox"/> TAC tórax	
<input type="checkbox"/> TAC abdomen	
<input type="checkbox"/> Ecocardiografía 2D-Doppler (ETT y/o ETE)	
<input type="checkbox"/> Coronariografía	
<input type="checkbox"/> TAC multicorte (TCMD) de arterias coronarias	
<input type="checkbox"/> Broncoscopia	
<input type="checkbox"/> Otros	
Estudios anatomopatológicos opcionales	
<input type="checkbox"/> Biopsias peroperatorias urgentes por congelación (examen microscópico)	
<input type="checkbox"/> Autopsia post-extracción y pre-trasplante de órganos	
COMPLICACIONES CLÍNICAS (Sí/No) (etiología y tratamiento)	
<input type="checkbox"/> Hipotensión arterial prolongada (>30 min)	
<input type="checkbox"/> Hipotermia	
<input type="checkbox"/> Hipertermia	
<input type="checkbox"/> Neumonía	
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar	
<input type="checkbox"/> Arritmias	
<input type="checkbox"/> Infarto agudo de miocardio (IAM)	
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal aguda (IRA)	
<input type="checkbox"/> Rabdomiolisis	
<input type="checkbox"/> Asistolia durante el mantenimiento	
<input type="checkbox"/> Diabetes insípida	
<input type="checkbox"/> CID	
<input type="checkbox"/> Infección urinaria	
<input type="checkbox"/> Otras	
MANTENIMIENTO HEMODINÁMICO /VENTILACIÓN-OXIGENACIÓN DONANTE	
<input type="checkbox"/> Sueroterapia	
<input type="checkbox"/> Inotropos (Dopamina y/o Dobutamina, 500 mg en 500 mL de SG 5%; dosis: µg/Kg/min)	
<input type="checkbox"/> Vasopresores (Noradrenalina, 40 mg en 250 mL de SG 5%; dosis: µg/Kg/min)	
<input type="checkbox"/> Desmopresina (2 amp. 8 µg/50 mL SF; dosis: mL/hora)	
<input type="checkbox"/> Insulina (50 UI/49 mL SF; dosis: mL/hora)	
<input type="checkbox"/> Antibióticos iv (dosis)	
<input type="checkbox"/> Hemoderivados (hematíes, plaquetas, plasma)	
<input type="checkbox"/> Parámetros de ventilación mecánica controlada (FiO ₂ , VT, PEEP, F. Respiratoria)	
<input type="checkbox"/> Resumen mantenimiento hemodinámico, ventilación y oxigenación, y temperatura corporal	
<input type="checkbox"/> Observaciones	

EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS ÓRGANOS PARA TRASPLANTE
Código Donante: DO- /

Órgano	Donante (Características y antecedentes patológicos)	Datos de laboratorio y Exploraciones Complementarias*	Evaluación peroperatoria durante la extracción	Consideraciones Especiales	Criterios de viabilidad para trasplante: Función, estructura y perfusión normales (Sí/No)
Corazón	Edad Tamaño del corazón Cardiopatía o neumopatía Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)	RX de tórax Ecocardiografía 2D-Doppler (ETT y/o ETE) ECG Enzimas (CK y troponina T ultrasensible) Coronariografía (opcional en casos seleccionados)	Contractilidad Volumen Ateromatosis coronaria Contusión cardíaca	TCMD de arterias coronarias (opcional en casos seleccionados)	
Pulmón	Edad Cardiopatía o neumopatía	RX y/o TAC de tórax Oxigenación (con FiO ₂ de 1 y PEEP de 5 cm H ₂ O)	Color Consistencia Contusiones	Broncoscopia (opcional en casos seleccionados)	
Hígado	Edad Tamaño del hígado Enolismo crónico Hepatitis Obesidad Patologías hepatobiliares Enfermedades hereditarias metabólicas y/o de la coagulación Enfermedades autoinmunes (ej. trombocitopenia autoinmune)	Tests función hepática (AST, ALT, FA, GGT, B. total y B.directa) INR Amoniemia Ecografía y/o TAC abdominal	Contorno Color Consistencia	Biopsia (antes o durante la extracción hepática) para descartar fibrosis y esteatosis macrovesicular (riesgo de no función primaria del injerto y pérdida del injerto)	
Riñón	Edad Diabetes mellitus Hipertensión arterial Nefropatías	Creatininemia Clearance de creatinina Urianálisis Ecografía y/o TAC abdominal	Tamaño renal Anomalías parénquima y/o vasculares y/o ureterales Perfusión	Biopsia (evaluar glomeruloesclerosis y/o arterioesclerosis)	
Páncreas	Diabetes mellitus Alcoholismo severo Obesidad mórbida Pancreatitis	Hb glicosilada Lipasemia Amilasemia Ecografía y/o TAC abdominal	Calcificación Color Consistencia		
Intestino	Edad Enfermedades intestinales Hipotensión y vasopresores (muy sensible) Isquemia prolongada		Peristaltismo Pulso arteria mesentérica		

Resumen órganos viables para trasplante:

Resumen órganos desestimados (motivo/s) para trasplante:

*Estos datos y exploraciones deben ser normales o próximos a la normalidad

ENTREVISTA FAMILIAR-SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE
Código Donante: DO- /

<input type="checkbox"/> Día y hora de inicio	
<input type="checkbox"/> Día y hora de finalización	
<input type="checkbox"/> Profesional que realiza la entrevista	
<input type="checkbox"/> Familiares entrevistados (nº)	
<input type="checkbox"/> Familiares entrevistados (parentesco: 1º o 2º grado)	
<input type="checkbox"/> Número de entrevistas	
<input type="checkbox"/> Duración entrevista/s (min)	
<input type="checkbox"/> Lugar entrevista	
<input type="checkbox"/> Consentimiento familiar a la donación previo a la entrevista (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Agradecimiento familiar por el trato sanitario y humano recibido (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Familiar que firma el consentimiento (parentesco)	
<input type="checkbox"/> Consentimiento a la donación (motivo/s)	
<input type="checkbox"/> Consentimiento inicial a la donación (motivo/s)	
<input type="checkbox"/> Donante de órganos manifestado en vida (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Carnet de donante (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Negativa familiar (motivo/s)	
<input type="checkbox"/> Negativa expresa del donante en vida (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Autopsia judicial (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Incineración vs inhumación	
<input type="checkbox"/> Desean carta de agradecimiento (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Observaciones	

AUTORIZACIÓN JUDICIAL DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

<input type="checkbox"/> Autorización Judicial (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Negativa Judicial (motivo/s)	
<input type="checkbox"/> Solicitud de informe médico-quirúrgico de extracción (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Solicitud de informe anatomopatológico órganos no viables para trasplante (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Solicitud de muestras biológicas del donante (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Autorización judicial restringida a determinados órganos (Sí/No)	
<input type="checkbox"/> Observaciones	

DISTRIBUCIÓN DE ÓRGANOS-OCATT / ONT. ASIGNACIÓN DE ÓRGANOS Y HOSPITALES EXTRACTORES (nombre hospital y ciudad)

<input type="checkbox"/> Corazón	
<input type="checkbox"/> Pulmón izquierdo	
<input type="checkbox"/> Pulmón derecho	
<input type="checkbox"/> Hígado	
<input type="checkbox"/> Riñón izquierdo	
<input type="checkbox"/> Riñón derecho	
<input type="checkbox"/> Páncreas	
<input type="checkbox"/> Intestino delgado	
<input type="checkbox"/> Otros (ej. tejidos compuestos vascularizados)	
<input type="checkbox"/> Observaciones	

INFORME QUIRÚRGICO DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS

Código Donante: DO- /

- Médico de guardia en CTx:
- Médicos anestesiastas:
- Fecha y hora de entrada y salida al/del quirófano:
- Entregar a cada equipo extractor de órganos la documentación del donante en un sobre identificado: copia informe clínico, serologías, grupo sanguíneo, tipaje HLA y bulleta de trasplante renal.
- Hora de incisión / Hora de clampaje:
- Líquido/s de perfusión (órganos torácicos/abdominales):
- Hora de finalización extracción de órganos:

Equipos extractores: con nombres, hospital de origen y número de teléfono

- Corazón:
- Pulmones:
- Hígado:
- Riñones:
- Páncreas:
- Intestino:

Técnica de extracción multiorgánica

- La técnica de extracción multiorgánica fue la estándar tras toracotomía y laparotomía medias (Sí/No)

Extracción corazón

- Aspecto macroscópico y contractilidad del corazón normal (Sí/No):
- Anomalías parenquimatosas (Sí-descripción/No):
- Calcificaciones coronarias (Sí/No):
- El corazón es válido para trasplante (Sí/No): (hora:)

Extracción Pulmón Izquierdo (PI)

- Aspecto macroscópico del PI normal (Sí/No):
- El PI es válido para trasplante (Sí/No):
- Broncoscopia (Sí/No):
- Broncoscopia normal (Sí/No):

Extracción Pulmón Derecho (PD)

- Aspecto macroscópico del PD normal (Sí/No):
- El PD es válido para trasplante (Sí/No):
- Broncoscopia (Sí/No):
- Broncoscopia normal (Sí/No):

Extracción hígado

- Aspecto macroscópico (contorno, color, consistencia) del hígado normal (Sí/No):
- Anomalías parenquimatosas (descripción):
- Anomalías vasculares (descripción):
- Sistema vascular hepático (arteria hepática, vena porta) normal (Sí/No):
- Inspección de la vía biliar normal (Sí/No):
- El equipo de Tx hepático realizó biopsia hepática peroperatoria en cuña por protocolo (Sí/No):
- El equipo de Tx hepático realizó biopsia hepática peroperatoria para descartar fibrosis y/o esteatosis (Sí/No):
- El hígado es válido para trasplante (Sí/No): (hora:)

Extracción Riñón Izquierdo (RI)

- Inspección visual del riñón izquierdo normal (Sí/No):
- Arteria renal izquierda normal (Sí/No):
- Vena renal izquierda normal (Sí/No):
- Uréter izquierdo normal (Sí/No):
- Longitud (en cm) del RI:
- La perfusión renal era normal (Sí/No):
- Se realizó biopsia del RI peroperatoria (Sí/No):
- El RI es válido para trasplante (Sí/No):

Extracción Riñón Derecho (RD)

- Inspección visual del riñón derecho normal (Sí/No):
- Arteria renal derecha normal (Sí/No):
- Vena renal derecha normal (Sí/No):
- Uréter derecho normal (Sí/No):
- Longitud (en cm) del RD:
- La perfusión renal era normal (Sí/No):
- Se realizó biopsia del RD peroperatoria (Sí/No):
- El RD es válido para trasplante (Sí/No):

Extracción Páncreas

- Aspecto macroscópico (consistencia, color) del páncreas normal (Sí/No):
- Anomalías parenquimatosas (descripción):
- El páncreas es válido para trasplante (Sí/No): (hora:)
- Informar a la OCATT una hora antes de finalizar la extracción pancreática (hora):

Extracción Intestino delgado

- Aspecto macroscópico (consistencia, color) del intestino normal (Sí/No):
- Peristaltismo intestinal normal (Sí/No):
- Pulso arteria mesentérica normal (Sí/No):
- El intestino es válido para trasplante (Sí/No): (hora:)

Observaciones.

EVOLUCIÓN ÓRGANOS TRASPLANTADOS Y RECEPTORES-TRAZABILIDAD

Código Donante: DO- /

	Hospital	Fecha Tx	Sexo/Edad	Patología	TLE	THD	TIF	FI (Sí/No)	Fallo 1º Injerto (Sí/No)
Corazón									
Pulmón I									
Pulmón D									
Hígado									
Riñón I									
Riñón D									
Páncreas									
Intestino									

FI= Función inmediata; TLE= Tiempo en lista de espera; THD: Tiempo en hemodiálisis; TIF=Tiempo de isquemia fría (horas); Tx=Trasplante

EPICRISIS DONANTE DE ÓRGANOS

- Enfermedad actual**

- Antecedentes patológicos**

- Analíticas estándar** (serologías, grupo sanguíneo, tipaje HLA, bioquímica sangre/orina, hemograma, coagulación, gasometría, cultivos microbiológicos sangre/orina/secreciones bronquiales)

- Exploraciones complementarias** (TAC cráneo, RX tórax, ECG, ecografía abdominal, ecocardiografía, biopsias peroperatorias, etc)

- Evaluación/Viabilidad corazón**

- Evaluación/Viabilidad pulmones**

- Evaluación/Viabilidad hígado**

- Evaluación/Viabilidad riñones**

- Evaluación/Viabilidad páncreas**

- Evaluación/Viabilidad intestino delgado**

- Mantenimiento clínico del donante** (sueroterapia, inotropos, vasopresores, desmopresina, insulina, ventilación, antibióticos)

- Oferta y distribución de órganos para trasplante**

- Extracción de órganos**

- Órganos viables para trasplante**

- Trasplantes de órganos**

- Órganos desestimados para trasplante (motivo/s)**

- Observaciones**