

FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE ABLACIÓN PULMONAR

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Nº de registro F.N.R. _____

Edad: ____ años ____ meses ____ días

Sexo: Femenino Masculino

Centro: _____

Fecha de realización __/__/____

EQUIPO:

Cirujano Principal: _____

Ayudante: _____

Anestesiista: _____

Instrumentista: _____

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

Ablación pulmonar

Datos del Donante:

Edad _____ años

Sexo: Femenino Masculino

Peso _____ kg Talla: _____ cm

Causa de muerte: TEC
 PCR

ACV
 Otra. Especifique _____

Donante: Óptimo Subóptimo

Descarte de la pieza: No Si

Pieza: Pulmón derecho
 Pulmón izquierdo

Motivo: _____

INSUMOS ABLACIÓN:

Solución de preservación pulmonar: No Si Cantidad de bolsas __ __

Prostaglandina E1: No Si Cantidad de ampollas __ __

Consideraciones: