CHECK LIST OFERTA RENAL EXPANDIDA

HOSPITAL DONANTE

HOSPITAL: **CÓDIGO ONT:**

ÓRGANO/S: **RIÑÓN DCHO.** ☐ **RIÑÓN IZQDO.** ☐

DATOS DEL DONANTE

Edad:	Sexo: .	Grupo Sanguíneo: .
Peso:	Talla:	Diuresis Media:
Tipo Don.: ME ☐ DAC ☐ DANC ☐	Causa Muerte:	PCR: No: ☐ Sí ☐
Si DA Extracción: ECMO: ☐ SR ☐		Tiempo:

ANTECEDENTES:

HTA: NO ☐ SÍ ☐ Nº fármacos: Buen Control: NO ☐ SÍ ☐

DM: NO ☐ SÍ ☐ Tto.: Insulina ☐ ADBO ☐ Insulina+ADBO ☐

Hb. Glic.: Microalbuminuria Previa:

Serología: VIH: . ; AgHBs: . (PCR: .) ;VHC: . (PCR: .) ; COVID:

FUNCIÓN RENAL:

Creatininas.	Ingreso:	Actual:	Previa ingreso:
Sedimento Orina:	Ingreso:	Actual:	Previa ingreso:
Albuminuria:	Ingreso:	Actual:	Previa ingreso:

Eco renal (aspecto, tamaño, grosor cortical):

DATOS EXTRACCIÓN

Fecha y Hora de Inicio: Hora de Clampaje:

Aspecto macroscópico (si extraídos) aspecto del órgano general, tamaño, presencia de cicatrices, aspecto de los vasos (número de vasos, aterosclerosis, etc.):