

# PODER EJECUTIVO SECRETARÍA DE SALUD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

 SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios	<b>Clave del Procedimiento:</b> U500-DSMHTRAS-P01.		<b>Revisión:</b> A	
	<b>Elaboró:</b> Dr. Juan Manuel Antonio Sandoval Cuellar. Mtra. Yessica Victoria Capula Sánchez. <b>Asesoró:</b> LAE. Alejandro Hernández Núñez, Analista del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática. MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra, Jefe del Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.		<b>Fecha de validación:</b>  Agosto 2019	
<b>Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.</b>	<b>REVISADO Y VALIDADO POR</b>			
	<b>ÁREA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
<b>TÍTULO:</b>  <b>Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.</b>	Subcoordinación General Médica.	Dr. Luis Juan Ostos Mondragón.		28/11/19
	Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios.	Dr. Miguel Ángel Villatoro Padilla.		28/11/19
	Subdirección de Hospitalización.	Dr. Fernando Domínguez Márquez.		28-11-19
	Dirección de Planeación.	LAE. Raúl Rodríguez Reyes.		28/11/19
	Departamento de Organización, Desarrollo e Informática.	MDHO. Dulce María Ramírez Saavedra.		28/11/19

**1.0 OBJETIVO.**

Establecer los lineamientos y responsabilidades del personal asignado al Departamento de Trasplantes dependiente de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios de Servicios de Salud del Estado de Querétaro y a sus Hospitales Coordinados, con el propósito de estandarizar el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante dentro de la normatividad vigente y contribuyendo a la atención de los pacientes de manera eficaz y eficiente.

**2.0 ALCANCE.**

Aplica a todo el personal multidisciplinario involucrado en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, al asignado al Departamento de Trasplantes y aquellos relacionados dentro de los Hospitales Coordinados dentro de Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

A nivel externo el procedimiento aplica a los pacientes que han sido valorados favorablemente por el Comité Interno de Trasplantes y/o por sus Subcomités para ser Receptores de un órgano o tejido.

**3.0 ABREVIATURAS Y DEFINICIONES.**

**Asignación:** La selección del paciente que habrá de recibir mediante la práctica de un trasplante de órganos o tejidos o células humanas de un donante no vivo.

**CENATRA:** Centro Nacional de Trasplantes.

**Certificado de defunción:** Formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción y las circunstancias que acompañaron el hecho.

Vigencia a partir de: Firma por autoridades

1/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

*(Handwritten signatures and initials on the right side of the page)*

Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante:** Documento (Anexo 16), por el cual un profesional de la medicina o personal autorizado por la autoridad sanitaria competente certifica un fallecimiento en condición de muerte encefálica o paro cardíaco irreversible y establece hora, lugar, fecha y método diagnóstico.

**Cirugía de extracción de órganos y tejidos:** Conjunto de acciones quirúrgicas con la técnica necesaria para obtener uno o varios órganos o tejidos de un donador vivo o fallecido para su posterior trasplante en uno o varios receptores.

**Comité Interno de Trasplantes:** Constituye la autoridad que será responsable de hacer la selección de disponibles y receptores para trasplante, de conformidad con lo que establece la Ley General de Salud y su Reglamento.

**Complicación del Trasplante:** Evolución inadecuada de la funcionalidad del órgano trasplantado, que puede ser originada por tres factores: Problemas mecánicos (obstrucción del órgano), vasculares (irrigación del órgano) y funcionales (producción del órgano).

**Comprobante de donación:** Documento que acredita la donación de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas.

**Consentimiento de donación:** Se refiere a la constancia verbal y por escrito de la persona donde se expresa la disposición favorable para la donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres el cual puede ser expreso o tácito.

**Consentimiento tácito:** Es cuando el donante no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de cualquiera de las siguientes personas que se encuentren presentes: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, los descendientes, y los parientes colaterales hasta el segundo grado, adoptado o adoptante.

**Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes:** la persona que coordina las acciones del Comité Interno de Trasplantes de los establecimientos de salud autorizados, para dedicarse a la extracción, análisis, conservación, preparación, suministro y trasplante, en su caso, de órganos, tejidos y células humanas. Funge como Secretario Técnico del Comité Interno de Coordinación para la Donación.

**DSMH:** Dirección de servicios médicos hospitalarios.

**Donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres:** Proceso de consentimiento tácito o expreso de la persona, para que en vida o después de su muerte, sus órganos, tejidos, células o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

**Donador o disponente:** Persona al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por la LGS y demás disposiciones jurídicas aplicables.

**Donador cadavérico:** Persona en quien se ha comprobado la pérdida de la vida.

- Si una persona pierde la vida por paro cardio-respiratorio, únicamente podrá donar tejidos como: hueso, piel, córneas, tendones, cartilago y vasos sanguíneos.
- Si una persona pierde la vida por muerte encefálica: podrá donar órganos (corazón, pulmón, hígado, riñones, páncreas) y tejidos (hueso, piel, córneas, tendones, cartilago y vasos sanguíneos).

**Donador vivo:** Persona clínicamente sana, con capacidad jurídica para que tácita o expresamente consiente decida sobre la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización con fines de trasplante.

**Expediente clínico:** Conjunto único de información y datos personales de un paciente, el cual se integra dentro de un establecimiento de salud, constando de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones, en

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones legales aplicables.

**Expediente con ID:** Expediente con número de folio que es ingresado en el Registro Nacional de Trasplantes.

**Familiar:** Persona que actúa como responsable y está autorizada por la Ley para asistir de manera integral al donador potencial y al receptor, y en su caso autorizar la donación de órganos y/o tejidos.

**Hospitales Coordinados:** Hospital General de Querétaro, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer "Dr. Felipe Núñez Lara" y el Hospital General de San Juan del Río pertenecientes a Servicios de Salud del Estado de Querétaro y que para el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante son coordinados por el Departamento de Trasplantes de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios y que cuentan con licencia sanitaria y programas de procuración, trasplante y banco de tejido corneal.

**Jefe del Departamento de Trasplantes:** Puesto de la persona que depende de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, para la coordinación de los hospitales de SESEQ en materia de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante.

**Jefe de Servicio de Trasplantes en Hospital:** Puesto del personal adscrito a alguno de los Hospitales Coordinados y que trabajan en vinculación con el Departamento de Trasplantes dependiente de la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, para fines de procuración, donación, trasplantes y banco de órganos y tejidos.

**LGS:** Ley General de Salud.

**Lista de espera:** Registro en Hospitales y en el CENATRA de los Receptores en espera de algún órgano o tejido, integrados en base de datos Hospitalaria, Institucional, Estatal y Nacional que cuentan con protocolo de estudio completo.

**Médico Encargado del Protocolo de Trasplante:** Médico especializado encargado del seguimiento del programa de trasplante que se encuentre activo y de supervisar a cabalidad su ejecución con fundamento a los procedimientos y lineamientos vigentes establecidos.

**Médico Tratante en Hospital:** Médico encargado del manejo integral del paciente y quién en su caso una vez confirmada la muerte encefálica o por paro cardio-respiratorio informará de esta condición a los familiares del paciente.

**Muerte encefálica:** Cese irreversible en las funciones de las estructuras neurológicas, verificando los siguientes signos: Ausencia completa y permanente de conciencia, ausencia permanente de respiración, ausencia de los reflejos del tallo cerebral manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimiento ocular en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociocéptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Se tendrá que corroborar por medio de electroencefalograma plano, o angiografía cerebral de cuatro vasos.

**Muerte por causa no natural:** Caso en el cual la pérdida de la vida se encuentra relacionada con la investigación de un delito.

**Muerte por paro cardio-respiratorio:** Condición clínica irreversible final de un padecimiento que lleva a la muerte por el cese de las funciones vitales.

**Perdida de la vida:** Suceso que ocurre cuando se presenta la muerte encefálica o un paro cardiaco-respiratorio irreversible.

**Procuración:** Proceso y actividades dirigidas a promover la obtención oportuna de órganos, tejidos y células donados para su trasplante.

**Programa de trasplante:** Documento elaborado por el Jefe del Departamento de Trasplantes y autorizado por la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios de Servicios de Salud del Estado de Querétaro para la realización de protocolos de estudio, a efecto de que en su conjunto y de forma integral se acrediten las condiciones de tiempo, modo y lugar, así como el estudio y cabal

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

cumplimiento de los requerimientos médicos, paraclínicos y quirúrgicos que aseguren realizar un trasplante en los Hospitales Coordinados.

**Personal médico especializado del Protocolo de Trasplante:** Equipo de Especialistas clínicos y quirúrgicos en el tipo de Programas de Trasplante que se realizan en los Hospitales coordinados. Pueden ser las especialidades de Trasplantes, Psicología, Maxilofacial, Urología, Otorrinolaringología, Cardiología, Psiquiatría, Vascular, Nefrología, Oftalmología, Medicina Interna, entre otras.

**Protocolo:** Estudio y cabal cumplimiento de los requerimientos y procedimientos técnico-médico, quirúrgico y paraclínicos de los Donadores y Receptores con fines de trasplante.

**Receptor:** La persona a quien se trasplantará o se le haya trasplantado un órgano o tejido o transfundido sangre mediante procedimientos terapéuticos, que haya sido aceptado por el Comité Interno de Trasplantes para ser Receptor de un Órgano, Tejido o célula y que ha sido inscrito en el Registro Nacional de Trasplantes, hasta antes de que se le realice el Trasplante.

**Reglamento:** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

**Responsable Sanitario:** Autoridad responsable de todas las políticas, procesos, procedimientos y acuerdos que se efectúan en el establecimiento (Hospital Coordinado), relacionados con la actividad de donación y trasplantes.

**RNT:** Registro Nacional de Trasplantes. Sistema informático administrado por el CENATRA.

**SESEQ:** Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**SIRNT:** Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

**Subcomité de Donación Cadavérica de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante:** Cuerpo colegiado multidisciplinario que está integrado con los Especialistas responsables de promover, solicitar la donación de órganos y tejidos, además de coadyuvar al manejo adecuado de los familiares del Paciente Donador.

**Subcomité de Trasplante:** Cuerpo colegiado multidisciplinario integrado con los Especialistas responsables de verificar asuntos particulares sobre los actos de disposición de órganos y tejidos en la modalidad de trasplante (Cornea, Renal, Hepático y Cardíaco), con apego a lo estipulado en la Ley General de Salud, Reglamentos y Acuerdos en la materia.

**Trasplante:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se hace la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro, con la intención de recuperar la salud a través de la terapéutica, en donde un órgano sustituye la función del que ha sido previamente dañado.

**Trazabilidad:** Capacidad de vigilar, localizar e identificar los órganos y tejidos en cualquier momento desde la donación y en su caso hasta el trasplante y posterior al mismo que se registran en los Hospitales Coordinados con programas de trasplante, procuración y bancos activos en SESEQ.

#### 4.0 POLÍTICAS.

4.1 El Director de Servicios Médicos Hospitalarios de SESEQ y el Jefe del Departamento de Trasplantes deberán definir las políticas de atención médica de los programas de trasplantes, en apego a lo establecido por la LGS, el Reglamento, lo que establezca el CENATRA y a las demás disposiciones normativas aplicables vigentes.

4.2 Las Direcciones de los Hospitales Coordinados deberán de verificar que las actividades relativas a la donación de órganos y tejidos para fines de trasplante se ejecuten conforme a las disposiciones indicadas en el presente procedimiento.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

4/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- 4.3 Los Responsables Sanitarios de los Hospitales Coordinados deberán mantener actualizada la información señalada en términos del artículo 338, fracciones I, III, IV y V de la LGS.
- 4.4 El Personal adscrito al Departamento de Trasplantes, así como a sus Hospitales Coordinados, deberán mantener una conducta de ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal involucrado en los Programas de trasplante, debiendo dar cumplimiento al "Manual operativo de acciones esenciales de seguridad del paciente en el segundo nivel de atención en salud" a efecto de favorecer una atención de calidad en los servicios de salud.
- 4.5 Los Hospitales Coordinados que tengan vigente alguna Licencia Sanitaria para Banco de Tejido Corneal, deberán vigilar que la preservación y almacenamiento de los tejidos se realice de acuerdo con lo establecido en la LGS, el Reglamento y demás disposiciones aplicables.
- 4.6 Los Hospitales Coordinados deberán instalar el Comité Interno de Trasplantes y sus Subcomités bajo la responsabilidad del Director Médico en calidad de Presidente, incluyendo la participación del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes, el Médico Encargado del Protocolo de Trasplante y del Personal Clínico, Quirúrgico y de Gestión que corresponda.
- 4.7 Los Comités y Subcomités de los Hospitales Coordinados fungirán conforme a las responsabilidades y funciones señaladas en el artículo 316 de la LGS y en los artículos del 29 al 33 del Reglamento.
- 4.8 Los integrantes del Comité Interno de Trasplantes así como sus Subcomités de los Hospitales Coordinados, serán los responsables de emitir la evaluación favorable para efectuar el trasplante, así como la asignación y distribución de un órgano o tejido de conformidad con los procedimientos que establezca el CENATRA, debiendo considerar los siguientes criterios para la asignación de órganos o tejido cuando se trate de un Donador que ha perdido la vida:
  - 4.8.1 La gravedad del Receptor, su lugar en la lista de espera, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el Receptor y los demás criterios médicos aceptados.
  - 4.8.2 Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a los registros que se integrarán con los datos de los pacientes receptores y que estarán a cargo del CENATRA.
- 4.9 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes deberá fungir como Secretario Técnico del Comité Interno de Trasplantes y sus Subcomités.
- 4.10 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes deberá estar registrado ante el CENATRA, además de manejar y actualizar la información contenida en el Sistema Informático del RNT, deberá acreditar cada 5 años, ante los integrantes del Comité Interno de Trasplantes, que cuenta con los conocimientos actualizados para realizar su función y dicha acreditación deberá ser notificada al CENATRA.
- 4.11 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes deberá acatar las definiciones y procedimientos, flujogramas y formatos homologados a nivel nacional por el CENATRA, los procedimientos, protocolos, formatos de SESEQ relativos a la coordinación hospitalaria para la donación de órganos y tejidos, así como las funciones, atribuciones, responsabilidades y competencias acorde a la normatividad vigente y la evidencia científica a fin de impulsar la calidad y su desempeño.
- 4.12 Para realizar trasplantes entre vivos, deberá cumplirse con los requisitos indicados en el artículo 333 de la LGS y en el art. 27 del Reglamento, observando puntualmente lo pertinente a los trasplantes entre personas que no estén relacionadas por algún tipo de parentesco.
- 4.13 En el caso de trasplante de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo referido en el art. 334 de la LGS y en el capítulo II del Reglamento.
- 4.14 Posterior a la extracción de órganos y tejidos para fines de trasplante, el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplantes deberá corroborar que los

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

5/75

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

cadáveres de los donadores sean entregados a sus familiares o, en su caso a la autoridad competente a la mayor brevedad.

- 4.15 El Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante, deberán estar inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes, y contar con el entrenamiento especializado respectivo y deberán ejecutar las actividades descritas en el presente procedimiento y en los Protocolos establecidos para ello.
- 4.16 Se requerirá que los pacientes cuenten con cobertura y/o afiliación al servicio médico en el IMSS o ISSSTE para incorporarse a un Protocolo de Trasplante.
- 4.17 El Receptor deberá contar con la evaluación favorable del Comité Interno de Trasplantes y/o sus Subcomités, y estar inscrito en el RNT previo a la realización del procedimiento quirúrgico conforme a lo indicado en la LGS y el Reglamento, motivo por el cual se deberá acreditar la evaluación médica, clínica y psicológica, así como los aspectos administrativos que respaldan la procedencia de llevar a cabo el trasplante.
- 4.18 El Receptor deberá contar con 2 donadores de sangre y/o componentes sanguíneos. Los comprobantes correspondientes deberán estar disponibles antes del procedimiento quirúrgico; En caso de tratarse de un Donador Vivo, deberá considerarse otros 2 donadores de sangre y/o componentes sanguíneos para este.
- 4.19 Los Receptores preferentemente deberán de contar con apoyo de alguna fundación para concretar el trasplante, el cual se gestionará con el apoyo de trabajo social, siempre y cuando esté vigente algún convenio de colaboración para ello.
- 4.20 Para el caso de los Receptores para trasplante corneal, no se deberá de requerir la ejecución de un protocolo, solo se efectuará el registro en la lista de espera de Cornea una vez que se cuente con el diagnóstico y los hallazgos médicos clínicos correspondientes.
- 4.21 La recepción de tejido corneal en el Banco de Tejido del Hospital General de Querétaro será procedente únicamente cuando se trate de unidades consideradas en un convenio de colaboración que esté vigente para ello.
- 4.22 En los casos de extracción de órganos y tejidos, deberán tratar con cuidado, respeto y dignidad al cadáver, con el fin de conservarlo y entregarlo en las mejores condiciones; Éste se entregará a los familiares o a la autoridad competente según sea el caso, al concluir con la extracción, motivo por el cual se deberán agilizar los trámites hospitalarios correspondientes.

## 5.0 RESPONSABILIDADES.

### 5.1 Director de Servicios Médicos Hospitalarios.

- 5.1.1 Avalar el Programa Anual de Trasplantes que remita el Jefe del Departamento de Trasplantes perteneciente a la DSMH.
- 5.1.2 Supervisar la productividad del Departamento de Trasplantes.

### 5.2 Jefe del Departamento de Trasplantes perteneciente a la DSMH y sus Hospitales Coordinados.

- 5.2.1 Vigilar y controlar lo relacionado con donaciones y trasplantes de órganos y tejidos con fines terapéuticos en SESEQ.
- 5.2.2 Supervisar a los Hospitales Coordinados para que las actividades que se realicen en materia de donación y trasplantes sean con calidad, oportunidad y con el máximo

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

6/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- aprovechamiento de los recursos disponibles, así como con apego a las disposiciones sanitarias.
- 5.2.3 Asegurar que los Hospitales Coordinados den cumplimiento a los lineamientos dispuestos por el CENATRA.
- 5.2.4 Coadyuvar en la gestión ante la Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios, para la obtención de los recursos económicos necesarios y la solicitud de bienes materiales, medicamentos e insumos requeridos por los Hospitales Coordinados que cuenten con un programa de trasplante en activo.
- 5.2.5 Vigilar que los trasplantes que se realicen en los Hospitales que coordina, cumplan con las disposiciones indicadas en la LGS, el Reglamento y demás disposiciones normativas y jurídicas aplicables.
- 5.2.6 Promover la actualización académica del personal de los Hospitales Coordinados, y mantener actualizados los protocolos de trasplante activos.
- 5.2.7 Elaborar y remitir mensualmente el reporte de datos estadísticos de los Hospitales Coordinados al Centro Estatal de Trasplantes de Querétaro.

### 5.3 Director del Hospital Coordinado.

- 5.3.1 Representar al Hospital como Responsable Sanitario.
- 5.3.2 Fungir como Presidente en el Comité Interno de Trasplantes y en sus Subcomités.
- 5.3.3 Enviar al CENATRA, la información relativa a la integración del Comité Interno de Trasplantes, así como los cambios de sus integrantes o en su caso, la disolución o cese de sus funciones.
- 5.3.4 Verificar que las actividades del Hospital se realicen de conformidad con los requisitos que establecen la LGS, el Reglamento y los lineamientos emitidos por el CENATRA.
- 5.3.5 Supervisar y participar en la coordinación de las actividades relativas a los procesos de donación, asignación y trasplantes de órganos y tejidos en SESEQ, para que estas se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo con los principios que rigen la práctica médica.
- 5.3.6 Denunciar en su caso, y proporcionar la información disponible a las instancias regulatorias competentes sobre cualquier irregularidad o acto ilícito que advierta.

### 5.4 Jefe de Servicio de Trasplantes en Hospital.

- 5.4.1 Asistir en el desempeño, gestión y actividades inherentes a los programas de trasplantes y supervisar que se ejecuten conforme a la normatividad, lineamientos y protocolos vigentes.
- 5.4.2 Supervisar que se lleve a cabo la recepción, análisis, almacenamiento, procesamiento, conservación y preparación de los órganos y tejidos, a efecto de garantizar su viabilidad y trazabilidad.
- 5.4.3 Auxiliar en la preservación, identificación y embalaje de los órganos y tejidos.
- 5.4.4 Verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo a principios de ética médica.
- 5.4.5 Supervisar el desempeño del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante, del Médico Encargado del Protocolo de Trasplante y del Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante.
- 5.4.6 Informar permanentemente al Jefe del Departamento de Trasplantes sobre el seguimiento y estatus de los programas de trasplantes del hospital bajo su responsabilidad.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

7/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- 5.4.7 Vigilar y conocer la asignación, distribución, entrega y trazabilidad de todos los casos de donación de órganos y tejidos que se registran de conformidad con los programas de procuración, trasplante y banco de tejido vigentes, teniendo disponible la documentación en caso de requerirse su consulta.
- 5.4.8 Coordinar y concretar la sesión anual para el reconocimiento al mérito y altruismo del Donador y de sus familias.
- 5.4.9 Programar anualmente y solicitar al Director de Servicios Médicos Hospitalarios mediante memorando, los requerimientos de insumos (medicinas y productos farmacéuticos, material de curación y sutura) necesarios para el correcto funcionamiento y acciones del Servicio de Trasplantes. En caso de considerar durante el ejercicio fiscal requerimientos extraordinarios, deberá referirlo de manera oficial.

### 5.5 Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.

- 5.5.1 Llevar a cabo los procesos de la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, desde las actividades de planeación, programación y evaluación, así como de difusión, investigación y docencia en apego a lo establecido en la Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante en México, así como en su anexo y en el compendio emitido por el CENATRA.
- 5.5.2 Supervisar las actividades del programa de trasplante del Hospital Coordinado que corresponda.
- 5.5.3 Participar en la elaboración de programas y proyectos de trabajo, así como manuales de procedimientos médicos, técnicos y administrativos relativos a las actividades de procuración de órganos, tejidos y células que el Hospital efectúe, así como dar seguimiento a su observancia, difusión e implementación.
- 5.5.4 Convocar y participar con voz en las reuniones mensuales del Comité Interno de Trasplantes y sus Subcomités, elaborando y archivando las actas que se desprendan de los mismos.
- 5.5.5 Presentar una plática informativa mensual a los potenciales Donadores y Receptores, en su caso, explicar los riesgos de la operación y las consecuencias que intervendrán en el trasplante.
- 5.5.6 Observar las disposiciones normativas para efectuar trasplantes a través de Donadores Cadavérico y entre Vivos, en este caso particularmente, deberá identificar el parentesco entre Donador y el Receptor, y llevar a cabo las acciones procedentes.
- 5.5.7 Detectar, evaluar y seleccionar a los Donadores potenciales de órganos y tejidos con fines de trasplante en las modalidades de Donador Vivo y de Donador Cadavérico.
- 5.5.8 Identificar, evaluar y concretar el proceso de donación y trasplante conforme a la normatividad vigente establecida.
- 5.5.9 Confirmar la existencia del Certificado de pérdida de la vida (Anexo 16), en aquellos donadores con muerte encefálica para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante.
- 5.5.10 Realizar la entrevista a familiares de potenciales Donadores de órganos y/o tejidos, con el propósito de orientar y ofrecer la opción de donar y en caso de aceptación se solicitará el consentimiento conforme a lo establecido en la LGS, iniciando el trámite médico, administrativo y legal para llevar a cabo dicho proceso.
- 5.5.11 Registrar a los Receptores en la lista de espera, así como la evaluación favorable e información del trasplante en el SIRNT.
- 5.5.12 Localizar con apego a la Lista de Espera a los receptores más adecuados para recibir los órganos y/o tejidos con fines de trasplante, verificando que no exista negativa para

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

8/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- efectuar el trasplante por parte del Personal Médico Especializado en protocolo de Trasplante, conforme a los protocolos correspondientes.
- 5.5.13 Reportar en el SIRNT, cada caso de muerte cerebral del potencial Donador, donación concretada, órganos y/o tejidos que se toman, así como la asignación y entrega de éstos.
  - 5.5.14 Establecer y mantener coordinación con el Comité Interno de Trasplantes durante el proceso de procuración de órganos y tejidos.
  - 5.5.15 Establecer la coordinación con el CENATRA, para la correcta asignación y distribución de los órganos y tejidos, en caso de que el Hospital Coordinado no realice el trasplante.
  - 5.5.16 Conocer la evolución en corto, mediano y largo plazo de los Donadores y Receptores de cada programa, a través del seguimiento que se le debe dar a cada uno de ellos.
  - 5.5.17 Integrar el registro de las actividades de procuración, asignación y trasplante de órganos, tejidos y productos.
  - 5.5.18 Resguardar y mantener actualizados los archivos y documentos relacionados con sus funciones; asimismo, remitir los registros e informes correspondientes al CENATRA.
  - 5.5.19 Constatar que los cadáveres de los cuales se dispusieron órganos, tejidos o células para fines de trasplante, sean entregados a sus familiares o a la autoridad competente, con la menor dilación posible.
  - 5.5.20 Efectuar la trazabilidad de los órganos y tejidos desde la donación, el trasplante y destino final.
  - 5.5.21 Participar en la capacitación y evaluación del desempeño del personal a su cargo y, en su caso, coadyuvar en actividades docentes y de investigación en materia de Trasplantes.
  - 5.5.22 Promover y difundir estrategias y acciones que fomenten la donación voluntaria y altruista al interior del Hospital en el que laboren.
  - 5.5.23 Hacer constar el mérito y altruismo del Donador y de su familia, conforme a la normatividad vigente establecida.
  - 5.5.24 Notificar al Responsable Sanitario del Hospital, cualquier irregularidad que advierta.
  - 5.5.25 Representar al Responsable Sanitario en ausencia de este, y en su caso, ser Suplente del Presidente en el Comité Interno de Trasplantes y sus Subcomités.

#### 5.6 Médico Encargado del Protocolo de Trasplante.

- 5.6.1 Valorar y realizar las impresiones médicas en los expedientes clínicos correspondientes al estado de salud del potencial Donador y del Receptor.
- 5.6.2 Integrar las valoraciones realizadas por el Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante y determinar si no existe contraindicaciones para efectuar el Trasplante.
- 5.6.3 Presentar ante el Comité Interno de Trasplantes y/o sus Subcomités, los casos de los pacientes que cuenten con el protocolo completo de conformidad con las impresiones médicas y hallazgos clínicos que se hayan realizado.
- 5.6.4 Realizar el estudio y seguimiento permanente del estado de salud de los Receptores y Donadores Vivos.
- 5.6.5 Fungir como Vocal en el Comité Interno de Trasplantes y en sus Subcomités.

#### 5.7 Personal Médico Especializado en Protocolo de Trasplante.

- 5.7.1 Atender los lineamientos y criterios indicados en los protocolos de trasplante vigentes.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- 5.7.2 Llevar a cabo las actividades asistenciales, de diagnóstico y tratamientos terapéuticos que correspondan al programa de trasplante, con el objeto de proveer al Receptor un ambiente seguro, confortable, ordenado y limpio.
- 5.7.3 Valorar clínicamente el estado de salud del potencial Donador y del Receptor.
- 5.7.4 Registrar en el expediente clínico de los pacientes, las notas médicas de forma clara y precisa, dejando evidencia de su nombre completo y cédula profesional en apego a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 5.7.5 Verificar previo a la cirugía, que se cuente con los comprobantes de donación (sangre y/o componentes sanguíneos) expedido por el Centro Estatal de Trasfusión Sanguínea.
- 5.7.6 Asegurar previo a los procedimientos quirúrgicos, se tengan los insumos necesarios para el trasplante.
- 5.7.7 Ejecutar los procedimientos médicos necesarios para la óptima realización del trasplante, así como dar seguimiento al mismo, de acuerdo a la naturaleza de su especialidad.
- 5.7.8 Salvaguardar los órganos y/o tejidos para el trasplante, así como el estado de salud del Receptor.
- 5.7.9 Realizar el manejo postoperatorio y seguimiento a la evolución del estado de salud del Receptor.
- 5.7.10 Fungir como Vocal en el Comité Interno de Trasplantes y en sus Subcomités.

#### 5.8 Personal de Trabajo Social del Departamento de Trasplantes.

- 5.8.1 Realizar el estudio social-médico del Receptor, así como el estudio socio-económico correspondiente.
- 5.8.2 Explicar y formalizar los consentimientos informados bajo las cartas de consentimiento bajo información, en apego a lo indicado en los artículos 333 y 334 de la LGS.
- 5.8.3 Asesorar al Receptor respecto a la obtención de apoyo ante alguna fundación para la realización del trasplante.
- 5.8.4 Elaborar las notas de trabajo social.
- 5.8.5 Integrar, preservar y custodiar el soporte documental de cada Expediente con ID, con el objeto de proporcionar una correcta asistencia a los receptores, cuidando en todo momento la actualización y exactitud de los datos contenidos en el mismo.
- 5.8.6 Realizar una visita domiciliaria al Receptor, con el objetivo de garantizar que se cuentan las condiciones indispensables para salvaguardar su estado de salud posterior al trasplante; además, de tener en cuenta respecto a la localización y en su momento sobre la trazabilidad del órgano recibido en donación.
- 5.8.7 Atender el aspecto social y familiar del potencial Donador y del Receptor, debiendo estar en vinculación permanente con el personal de salud involucrado en el procedimiento para una atención integral.
- 5.8.8 Establecer el acompañamiento, orientación y asistencia durante el desarrollo de los protocolos de estudio del potencial Donador y del Receptor, así como el seguimiento posterior al procedimiento quirúrgico.

#### 5.9 Apoyo Administrativo del Departamento de Trasplantes.

- 5.9.1 Otorgar asistencia y orientación a los pacientes.
- 5.9.2 Verifica si los pacientes cuentan con afiliación de Seguridad Social: IMSS o ISSSTE. Asigna fecha y horario para recibir la plática informativa del protocolo de trasplante.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

10/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- 5.9.3 Atender las instrucciones emitidas por el Jefe del Departamento de Trasplantes a efecto de llevar a cabo los trámites y gestiones correspondientes ante diferentes unidades administrativas de SESEQ.
- 5.9.4 Elaborar oficios, memos, documentos y llevar un control del archivo.

## 6.0 PROCEDIMIENTOS O DOCUMENTOS RELACIONADOS.

### Protocolos de trasplante vigentes.

- Anexo 1.** U500-DSMH-F29 Referencia de Potencial Donador.
- Anexo 2.** U500-DSMH-F30 Carta de Consentimiento bajo Información para Receptor de Órganos y/o Tejidos mediante Procedimiento de Trasplantes.
- Anexo 3.** U500-DSMH-F31 Carta de Consentimiento bajo Información de Nefrectomía en Donador Vivo para Trasplante Renal.
- Anexo 4.** U500-DSMH-F32 Trazabilidad de Tejido Corneal.
- Anexo 5.** U500-DSMH-F33 Relatoría de Extracción de Córneas.
- Anexo 6.** U500-DSMH-F34 Reporte de Evaluación de Córneas de Banco de Ojos.
- Anexo 7.** U500-DSMH-F35 Carta Responsiva de Ingreso a Lista de Espera de Trasplante de Córnea.
- Anexo 8.** U500-DSMH-F36 Carnet de citas del Protocolo para Trasplantes.
- Anexo 9.** U500-DSMH-F37 Protocolo de Estudio del Receptor.
- Anexo 10.** U500-DSMH-F39 Carta de asignación y entrega de Órganos y Tejidos.
- Anexo 11.** U500-DSMH-F40 Protocolo de Estudio del Donador.
- Anexo 12.** U500-DSMH-F41 Relatoría de Extracción de Órganos y Tejidos.
- Anexo 13.** Listado de la documentación requerida para la integración del expediente social.
- Anexo 14.** Aviso de Paciente con Muerte Cerebral. (CENATRA)
- Anexo 15.** Consentimiento para disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres con fines de Trasplante. (CENATRA)
- Anexo 16.** Certificado de pérdida de la vida para la disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines de Trasplante. (CENATRA)
- Anexo 17.** Formato de custodia y guarda de Órganos, Tejidos y Células procedentes de Donación Cadavérica. (CENATRA)
- Anexo 18.** Guía de elaboración del Acta del Comité Interno de Coordinación de Donación o Trasplantes. (CENATRA)
- Anexo 19.** Acta de Actualización del Comité Interno de Trasplantes. (CENATRA)
- Anexo 20.** Acta de Intervención para la disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres a los que se ordena la necropsia. (CENATRA)
- Anexo 21.** Evaluación del Potencial Donador. (CENATRA)
- Anexo 22.** Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica. (CENATRA)

Estudio Socio-Económico.  
 Estudio Social Médico.  
 Nota de Trabajo Social.  
 Formato de identificación para Expediente Social.  
 Solicitud de Donación de Sangre.  
 Comprobante de Donación.  
 Carta de Autorización para información de datos.  
 Carta para recibir apoyo para un Trasplante.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

11/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Aviso de Egreso Hospitalario.

Oficio Anuencia de la Fiscalía General del Estado de Querétaro.  
Oficio Aviso y Petición de autorización a la Fiscalía para realizar la Procuración Multiorgánica.

Historia Clínica del Receptor Candidato.  
Historia Clínica del Donador.  
Evaluación del Potencial Donador.  
Aviso de Egreso Hospitalario.  
Formato para la programación y requerimiento anual de insumos.  
Oficio solicitud para requerir insumos extraordinarios.  
Formato de costo de hospitalización.

Protocolo de trasplante de corazón U500-DSMHTRAS-P01-PROT01.  
Protocolo de trasplante hepático U500-DSMHTRAS-P01-PROT02.  
Protocolo de trasplante de riñón U500-DSMHTRAS-P01-PROT03.

## 7.0 REFERENCIAS.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Querétaro  
Ley General de Salud.  
Ley de Salud del Estado de Querétaro.  
Ley de Derechos Humanos del Estado de Querétaro.  
Ley de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células Humanas del Estado de Querétaro.  
Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de Querétaro.  
Ley de los Trabajadores del Estado de Querétaro.  
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
Reglamento Interno del Consejo Nacional de Trasplantes.  
Reglamento Interno del Centro Estatal de Trasplantes.  
Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Atención Médica.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.  
Acuerdo que establece la Integración y Funciones del Consejo Interno del Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud.  
Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.  
Decreto que crea al Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).  
Manual de Organización General de SESEQ.  
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.  
Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

12/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.
- Principios Rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos.
- Procesos y Sistemas Críticos del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad.
- Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes.
- Código Civil del Estado de Querétaro.
- Manual Operativo de Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente en el Segundo Nivel de Atención en Salud.
- Manual Operativo para la Inducción al Puesto para Servidores Públicos de Nuevo Ingreso a Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
- Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico de Muerte Encefálica.
- Guía del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplante en México, así como en su Anexo y en el Compendio emitido por el Centro Nacional de Trasplantes.
- Guía Técnica para elaboración de base documental de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

**8.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.**

**8.1 Procedimiento para la incorporación al Protocolo.**

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Paciente.	1	Recibe la información por parte de su Médico Tratante de que requiere un trasplante.
	2	Solicita que le asesore el Apoyo Administrativo del Departamento de Trasplantes.
Apoyo Administrativo del Departamento de Trasplantes.	3	Revisa que el paciente cuente con afiliación de seguridad social IMSS o ISSSTE. <b>¿Cuenta con afiliación de Seguridad Social?</b>
	3.A	<b>No.</b> Informa al paciente que es necesario contar con seguridad social IMSS o ISSSTE, orienta al respecto. <b>Termina el procedimiento.</b>
	3.B	<b>Sí.</b> Asigna al paciente la fecha y horario para recibir la plática informativa del protocolo de trasplante.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

		<b>Pasa a la actividad No.4.</b>
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.	4	Imparte al paciente la plática informativa del protocolo de trasplante de acuerdo a las fechas y horarios establecidos.
	5	Recaba la información de la historia clínica del paciente e información trascendente para llevar a cabo el trasplante.
	6	Entrega el carnet de citas del protocolo para trasplantes (Anexo 8) al paciente, y explica su contenido.
	7	Proporciona al paciente el listado de la documentación requerida para la integración del expediente social (Anexo 13).
	8	Verifica si el paciente cuenta con un Donador Vivo (Potencial Donador), y lo registra en el carnet de citas del protocolo para trasplantes (Anexo 8). <b>¿Cuenta con Donador Vivo?</b>
	8.A	No. Asigna fechas y horarios para que el paciente acuda a valoración médica con el Médico Encargado del Protocolo de Trasplante y con el Personal de Trabajo Social del Departamento de Trasplantes. <b>Pasa a la actividad No.9.</b>
	8.B	Si. Asigna fechas y horarios para que el paciente y el Donador Vivo como Potencial Donador acudan a valoración médica con el Médico Encargado del Protocolo de Trasplante y para que asistan con el Personal de Trabajo Social del Departamento de Trasplantes. <b>Pasa a la actividad No.9.</b>
Médico Encargado del Protocolo de Trasplante.	9	Otorga atención médica al paciente y al Donador Vivo como Potencial Donador (en caso de contar con el), valora la historia clínica, evolución del padecimiento y su estado actual de salud. <b>¿El Paciente es candidato al protocolo?</b>
	9.A	No. Se informa al paciente los criterios de exclusión al protocolo, orienta y se explica los motivos por los cuales no es considerado candidato al protocolo. <b>Termina el procedimiento.</b>
	9.B	Si. Determina el visto bueno en caso de considerar que el paciente sea candidato al protocolo, y lo registra en el carnet de citas del protocolo para trasplantes (Anexo 8). <b>Pasa a la actividad No.10.</b>
	10	Solicita al paciente acudir con el Personal de Trabajo Social del Departamento de Trasplantes para entregarle la documentación solicitada en el listado de la documentación requerida para la integración del expediente social (Anexo 13).
Personal de Trabajo Social del Departamento de Trasplantes.	11	Recibe y revisa todo lo solicitado en el listado de la documentación requerida para la integración del expediente social (Anexo 13).

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

14/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

	12	Orienta y explica al paciente, el trámite requerido para obtener el apoyo ante alguna fundación para la realización del trasplante, se formaliza la carta para recibir apoyo para un trasplante, y la carta de autorización para información de datos.
	13	Realiza el estudio social-médico del paciente y le comunica que será necesario realizar una visita domiciliaria posterior al trasplante.
	14	Realiza el formato para expediente social y los estudios socio-económicos correspondientes.
	15	Explica y formaliza la carta de consentimiento bajo información para Receptor de órganos y/o tejidos mediante procedimiento de trasplantes (Anexo 2) y si corresponde, la carta de consentimiento bajo información de nefrectomía en Donador Vivo para trasplante renal (Anexo 3), y el resto de consentimientos que correspondan.
	16	Elabora las notas de trabajo social e integra la documentación necesaria en el expediente social del paciente.
	17	Informa al paciente que debe programar una cita con el Médico Encargado del Protocolo de Trasplante para continuar su atención.
Médico Encargado del Protocolo de Trasplante.	18	Proporciona cita, recibe al paciente y valora el caso clínico. <b>¿Cuenta con un Donador Vivo?</b>
	18.A	<b>No.</b> Solicita exámenes de laboratorio al paciente, e indica las interconsultas con las distintas especialidades para la valoración clínica de su estado de salud. <b>Pasa a la actividad No.19.</b>
	18. B	<b>Sí.</b> Solicita exámenes de laboratorio al paciente y al Donador Vivo como Potencial Donador, e indica para ambos, las interconsultas con las distintas especialidades para la valoración clínica de su estado de salud. <b>Pasa a la actividad No.19</b>
Personal Médico Especializado en Protocolo de Trasplante.	19	Recibe al paciente y en su caso al Donador Vivo como Potencial Donador, valora clínicamente el caso de acuerdo al Protocolo de estudio del Receptor (Anexo 9), Protocolo de estudio de Donador (Anexo 11).
	20	Registra en el carnet de citas del protocolo para trasplantes (Anexo 8) sus observaciones y no contraindicaciones para llevar a cabo el trasplante u observaciones adicionales. Canaliza con el Médico Encargado del Protocolo de Trasplante.
Médico Encargado del Protocolo de Trasplante.	21	Realiza las impresiones médicas y registra los hallazgos clínicos en el expediente clínico.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

15/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

	22	Verifica las notas de las distintas especialidades, cotejando que no haga falta documentación comprobatoria, y que no exista negativa para efectuar el trasplante por parte del Personal Médico Especializado en Protocolo de Trasplante. <b>¿Determina el visto bueno para efectuar el trasplante?</b>	
	22.A	<b>Sí.</b> Determina la procedencia (visto bueno) del trasplante, en apego a los protocolos correspondientes. <b>Pasa a la actividad No.24.</b>	
	22.B	<b>No:</b> Pasa a la actividad No.23	
	23	Informa al Receptor y al Donador Vivo como Potencial Donador (en caso de contar con el), los motivos por los cuales se determinó contraindicado el llevar a cabo el trasplante. <b>¿Es una contraindicación relativa?</b>	
	23.A	<b>No.</b> Es una contraindicación absoluta, se lleva a cabo la referencia del paciente y/o al Donador Vivo como Potencial Donador (en caso de contar con el) a la Especialidad que compete. <b>Termina el procedimiento.</b>	
	23.B	<b>Sí.</b> Orienta al paciente y al Donador Vivo como Potencial Donador (en caso de contar con el) respecto a las acciones a ejecutar para dar solución a la contraindicación y se completa el Protocolo. <b>Pasa a la actividad No. 24.</b>	
	24	Elabora la nota médica.	
	25	Lleva a cabo las gestiones correspondientes para sesionar el caso ante el Comité Interno de Trasplantes y/o Subcomité de Trasplantes.	
	Subcomité de Trasplantes.	26	Revisa y analiza la información y documentación del programa de trasplante.
		27	Corroborar la aprobación (votación) de los integrantes del Comité Interno de Trasplantes para llevar a cabo el trasplante. <b>¿El trasplante se llevará a cabo a través de un Donador Vivo?</b>
27.A		<b>No.</b> Comunica la evaluación favorable al Receptor y se registra en la lista de espera ante el SIRNT. Asimismo, se le explica que se dará seguimiento a su caso para garantizar la estabilidad de su estado de salud, hasta el momento en	

*[Handwritten signatures and marks on the left side of the table]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

16/75

● Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
● Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

		<p>que se cuente con un Potencial Donador, para dar lugar al Procedimiento Quirúrgico para el Trasplante.</p> <p><b>Ver.</b> Procedimiento 8.3: "Procedimiento para trasplante a través de un Donador que haya perdido la vida por Muerte Encefálica o por paro Cardio-respiratorio." Act. No. 1.</p>
	<p><b>27.B</b></p>	<p><b>Si.</b> Programa fecha y horario para la Nefrectomía (cirugía de extracción de órganos y tejidos con donador vivo) y el trasplante.</p> <p>Comunica al Receptor y al Donador sobre la evaluación favorable, explicándoles las acciones a seguir.</p> <p><b>Ver.</b> Procedimiento 8.2: "Procedimiento para trasplante a través de un Donador Vivo", Act. No. 1.</p>
	<p><b>28</b></p>	<p>Solicita al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante que se formalice la elaboración del acta de Comité Interno de Trasplantes y/o de Subcomité de la sesión efectuada, además de llevar a cabo las gestiones que correspondan para la captura de información en el Registro Nacional de Trasplantes.</p> <p><b>Fin.</b></p>

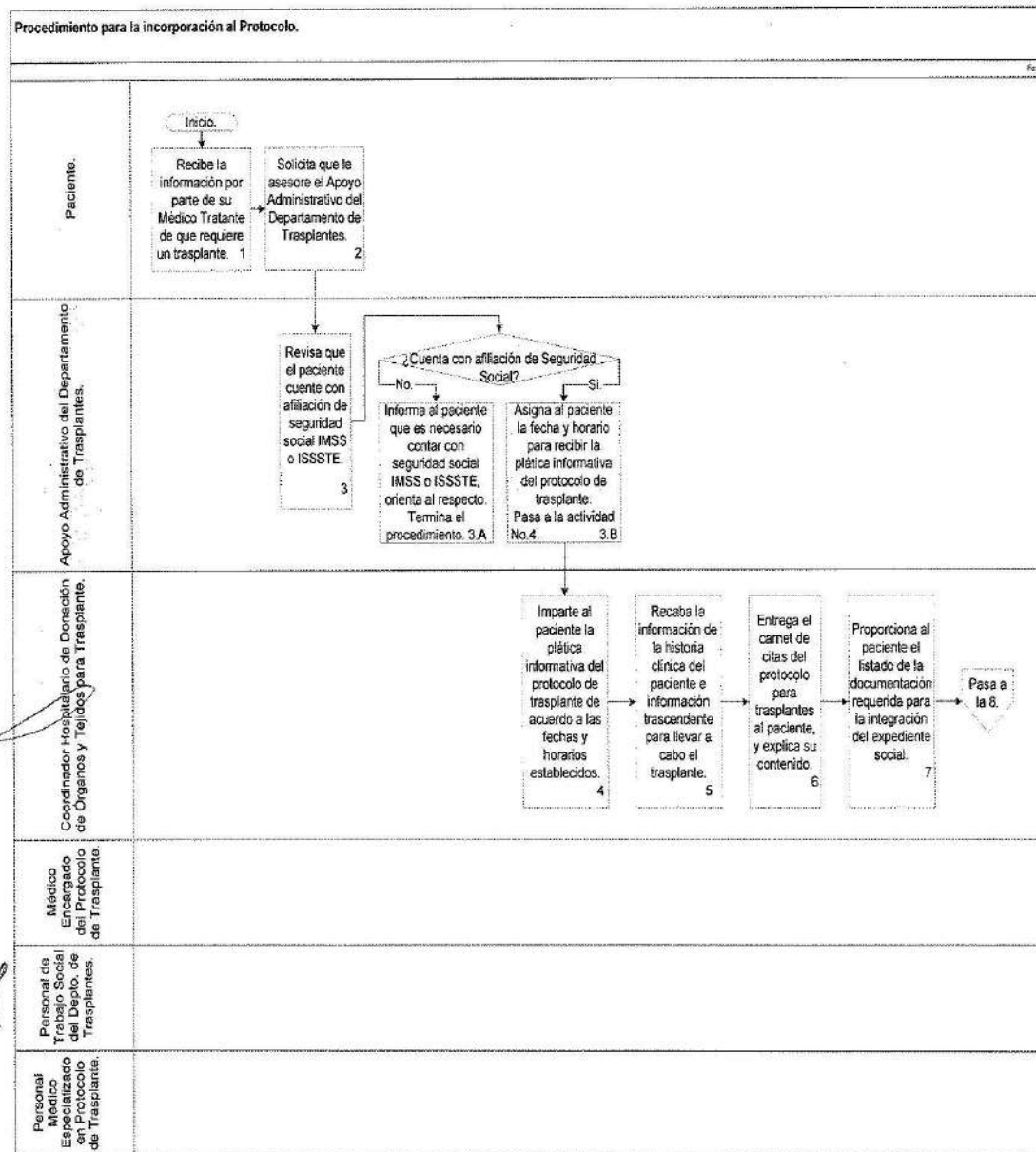
DIAGRAMA.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

17/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



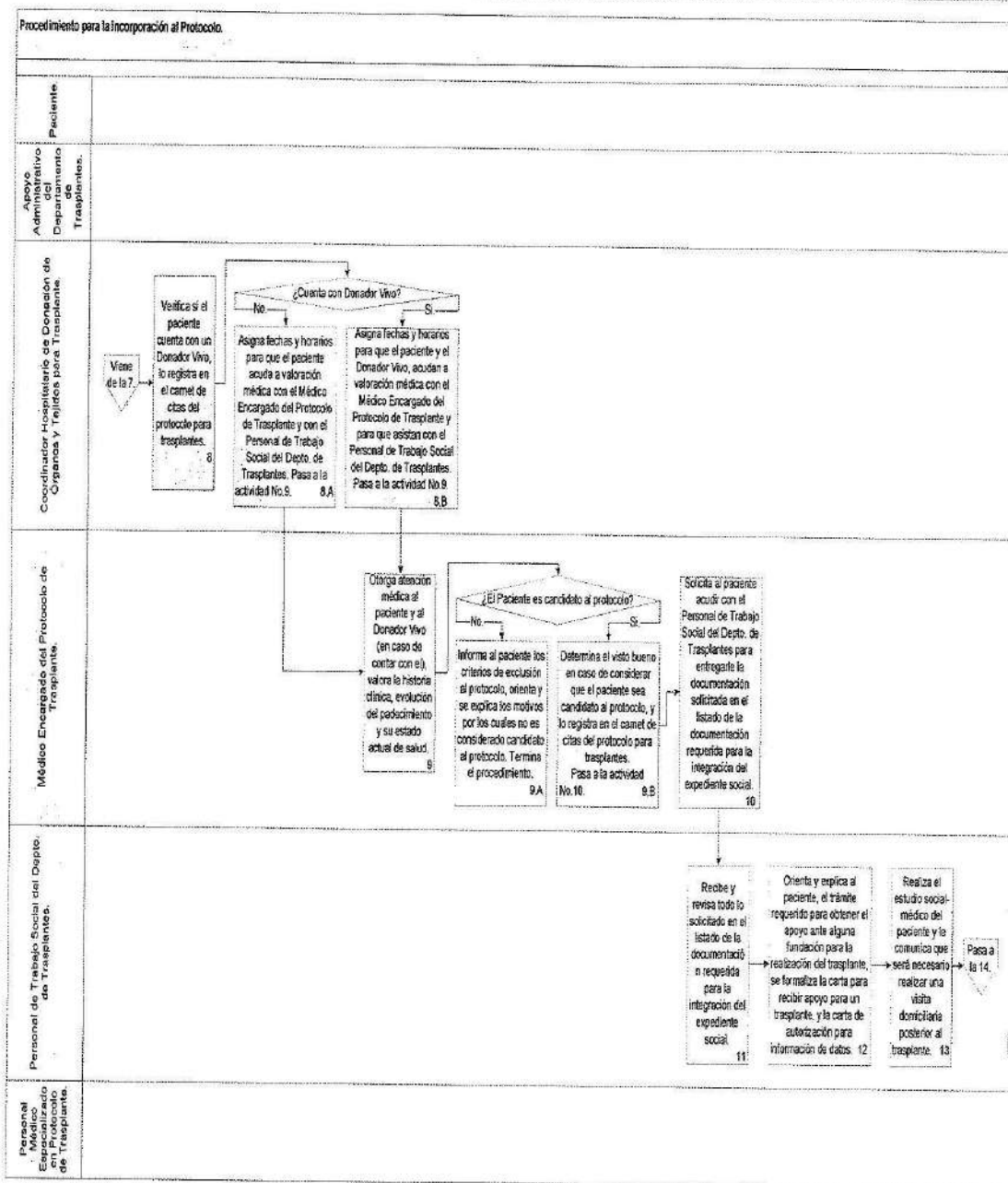
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

18/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



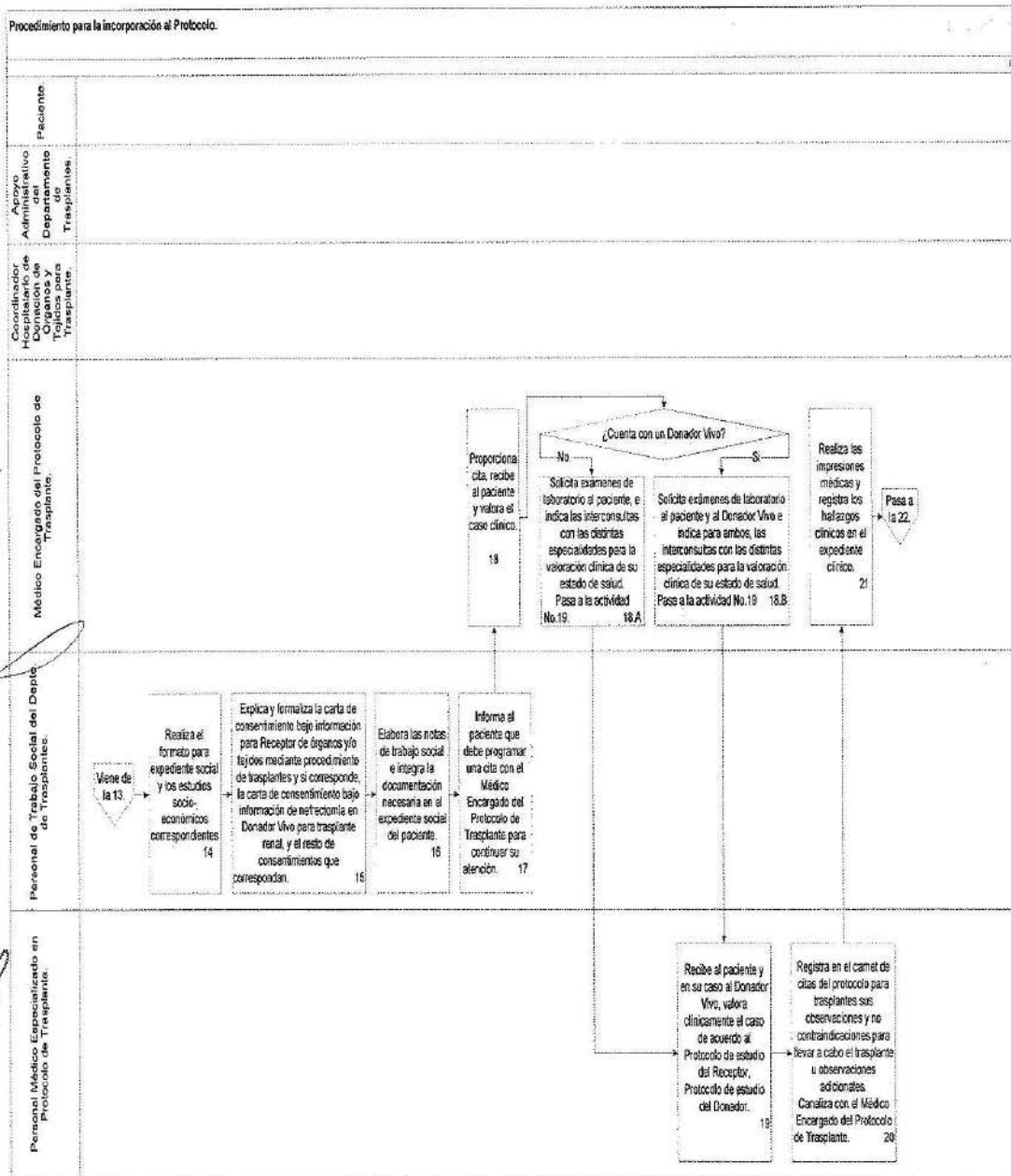
*[Handwritten signatures and initials on the right side of the flowchart]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

19/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



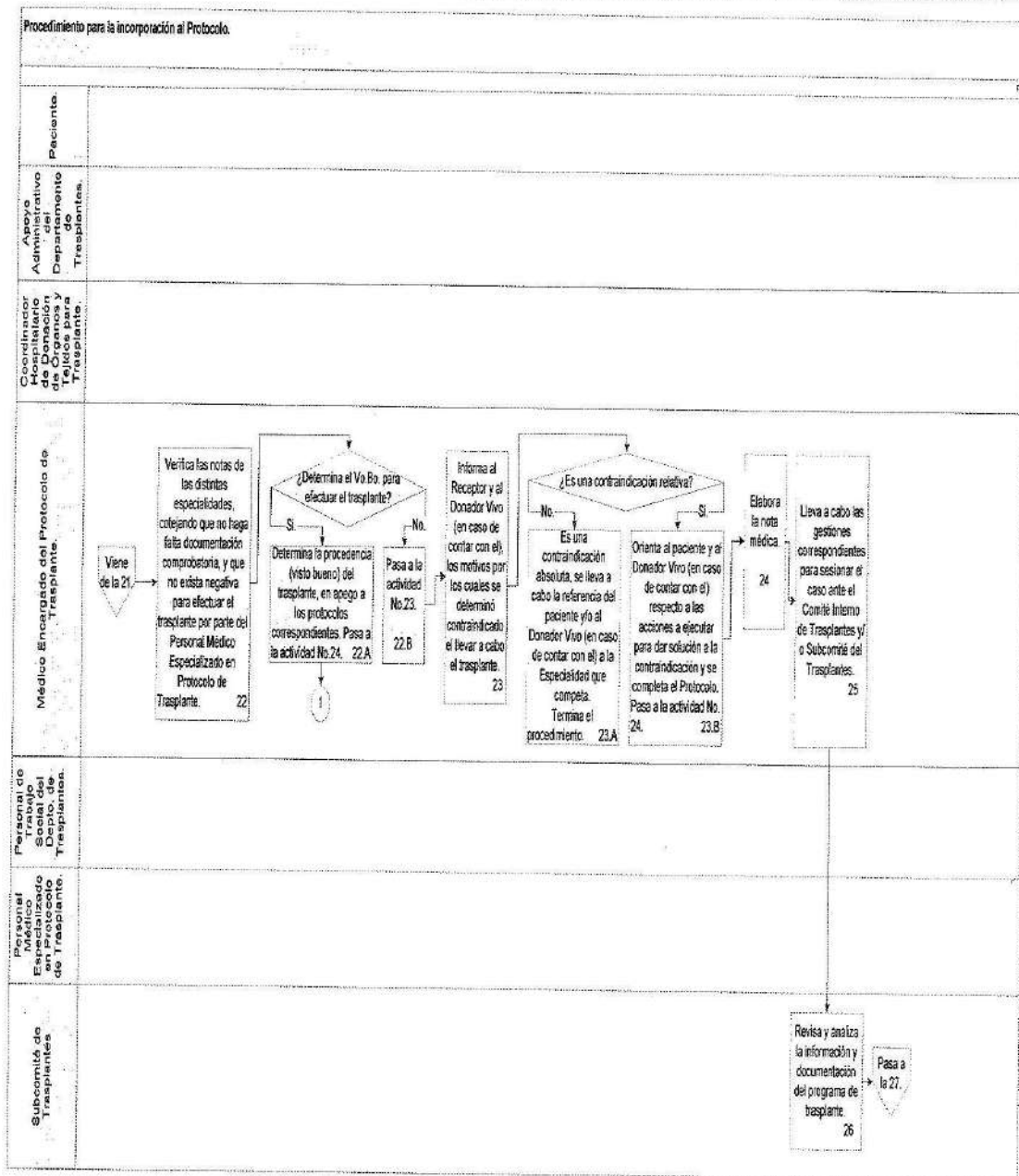
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

20/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

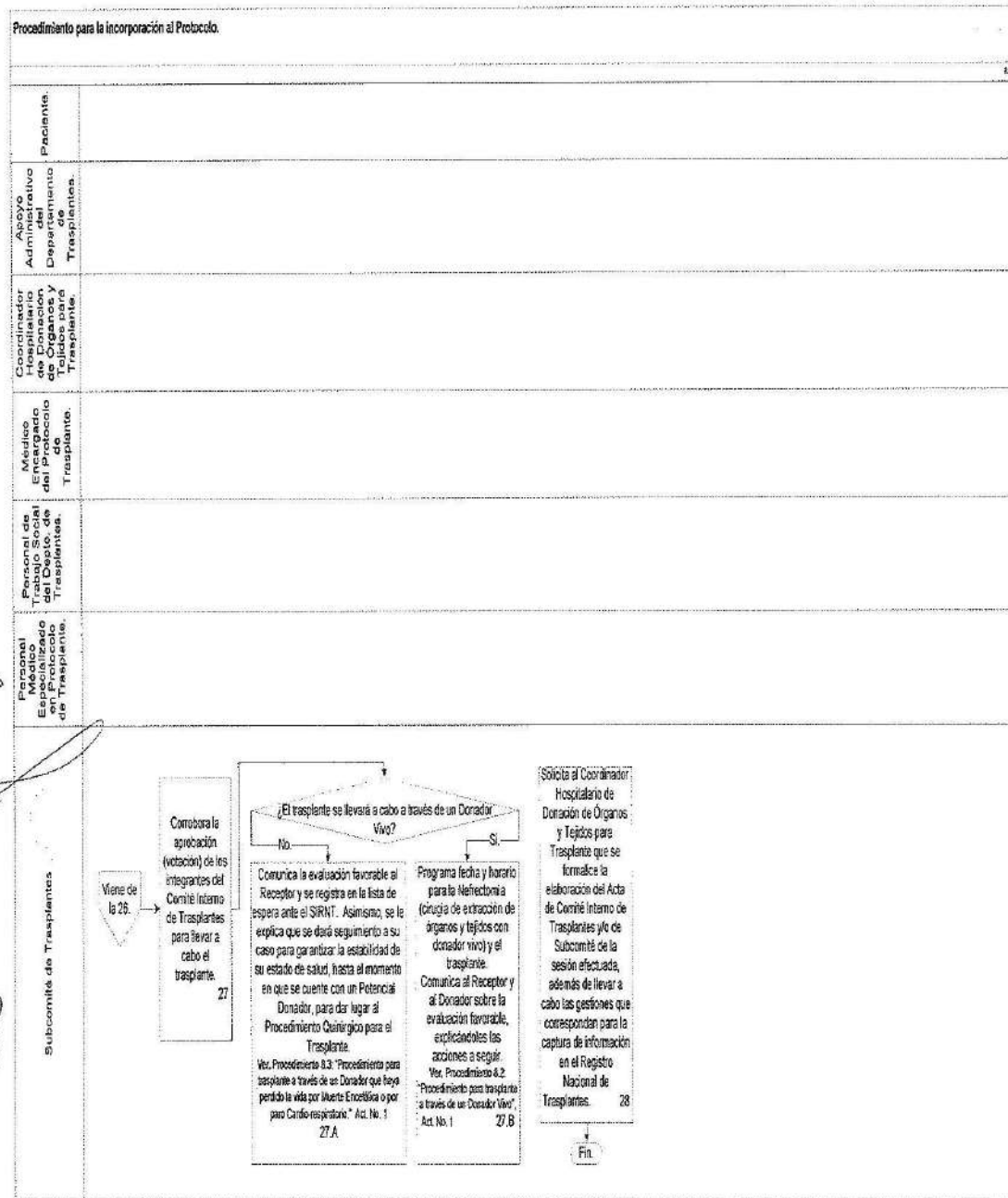


Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

21/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

22/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

### 8.2 Procedimiento para trasplante a través de un Donador Vivo.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante	1	Efectúa la Cirugía para la extracción de órganos y tejidos y el trasplante de acuerdo a los Protocolos correspondientes, elabora la relatoría de extracción de órganos y tejidos (Anexo 12). <b>¿Se preservó la vida de los pacientes Receptor y Donador?</b>
	1.A	<b>No.</b> Se informa a los familiares y se procede a solicitar la elaboración del certificado de defunción. <b>Fin.</b>
	1.B	<b>Si.</b> Se informa a los familiares, y continúan los cuidados médico-clínicos.
	2	Dan seguimiento al estado de salud del Receptor y el Donador en el Servicio de Hospitalización. <b>¿Es exitosa la funcionalidad del órgano trasplantado?</b>
	2.A	<b>No.</b> Se da manejo de la complicación del Trasplante hasta su solución. <b>Pasa al No. Act. 2.</b>
	2.B	<b>Sí.</b> Determinan el alta médica de contar con óptimas condiciones clínicas del Receptor y el Donador. Para el caso del Receptor se ordena la toma de muestra de Laboratorios Clínicos.
	3	Prescriben las indicaciones médico-terapéuticas, y cuidados que deberán tener en casa.
	4	Le solicitan a Trabajo Social del Departamento de Trasplantes que se lleven a cabo las gestiones para realizar el alta hospitalaria del Receptor y el Donador.
Trabajo Social del Departamento de Trasplantes	5	Verifica que en el Expediente Clínico del Receptor se encuentre la Carta para recibir apoyo para un Trasplante y el costeo de hospitalización requerido para efectuar el pago correspondiente en el área de caja del hospital.
	6	Confirma que se dé el alta médico-hospitalaria.
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.	7	Notifica al CENATRA la información correspondiente del Trasplante efectuado.
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante.	8	Lleva a cabo el manejo postoperatorio del Receptor y del Donador.
	9	Da seguimiento a la evolución del estado de salud del Receptor y el Donador. <b>Fin.</b>

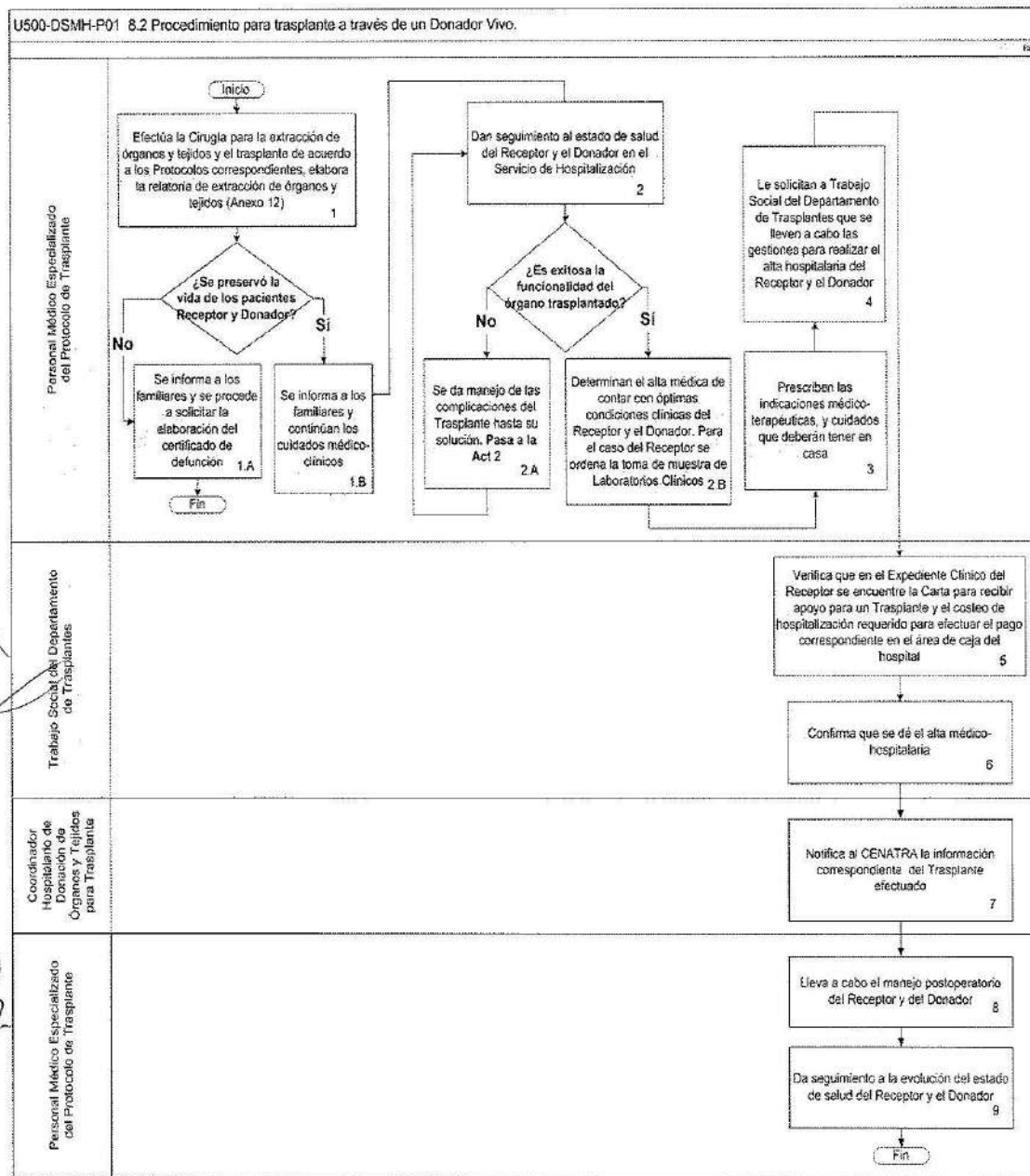
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

23/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

DIAGRAMA



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

24/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

### 8.3 Procedimiento para trasplante a través de un Donador que haya perdido la vida por Muerte Encefálica o por paro Cardio-respiratorio.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante	1	Detecta a través de la Referencia de Potencial Donador (Anexo 1), a pacientes en estado crítico según escala de glasgow.
Médico Tratante en Hospital	2	Verifica el estado de conciencia de pacientes con muerte encefálica o paro cardio-respiratorio, corroborándolo con estudios clínicos y pruebas para determinar la muerte. <b>¿La pérdida de la vida fue por muerte encefálica?</b>
	2.A	<b>No.</b> Se solicita y recaban los resultados de grupo sanguíneo y marcadores virales para analizar y determinar los tejidos viables para Trasplante. <b>Pasa a la actividad No. 3</b>
	2.B	<b>Sí.</b> Suscribe el Certificado de pérdida de la vida para la disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines de Trasplante (Anexo 16), y se lleva a cabo el mantenimiento hemodinámico, respiratorio, térmico, infeccioso y metabólico, se solicita y recaban los resultados de grupo sanguíneo, marcadores virales y exámenes generales como: biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos (cloro, sodio y potasio), tiempos de coagulación y pruebas de funcionamiento hepático, para analizar y determinar los órganos y/o tejidos viables para trasplante.
	3	Notifica al Coordinador Hospitalario de la pérdida de la vida del Paciente (Potencial Donador).
	4	Informa a los familiares de la muerte del paciente y las condiciones sobre la muerte encefálica o cardiorespiratoria.
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante	5	Revisa el Expediente Clínico del paciente para valorar si es candidato a Donación, requisita para ello la Evaluación del Potencial Donador (Anexo 21).
	6	Se presenta con los familiares, les ofrece su apoyo para los trámites a seguir, y verifica que se les haya explicado ampliamente sobre la muerte encefálica o cardio-respiratorio.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

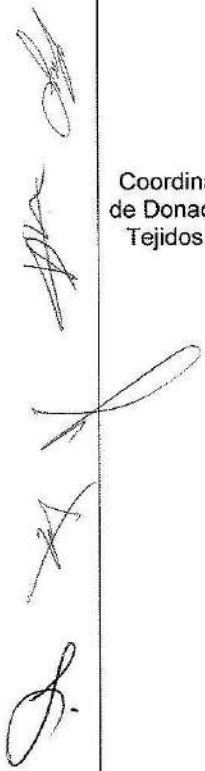
25/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
 Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante	7	En caso de que se encuentre con un medio favorable, realiza una entrevista con los familiares responsables y hace la petición de Donación. <b>¿El familiar acepta y autoriza la Donación de órganos o tejidos?</b>
	7.A	<b>No.</b> Apoya a los familiares con los trámites correspondientes para disponer del cuerpo y finaliza su intervención. <b>Fin.</b>
	7.B	<b>Sí.</b> Lleva a cabo el acompañamiento de la familia para establecer la relación de ayuda, y formaliza el Consentimiento para disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante (Anexo 16)
	8	Verifica. <b>¿Fue muerte por causa no natural?</b>
	8.A	<b>No.</b> Informa al Jefe de servicio de Trasplante del hospital. <b>Pasa a la actividad No. 11</b>
	8.B	<b>Sí.</b> Da aviso a la Fiscalía General del Estado de Querétaro.
	9	Solicita la autorización para realizar la Procuración Multiorgánica a través del oficio de aviso y petición de autorización. <b>¿La Fiscalía General del Estado de Querétaro autoriza la Procuración Multiorgánica?</b>
	9.A	<b>No.</b> Apoya a los familiares con los trámites para el traslado del cuerpo al Servicio Médico Forense (SEMEFO). <b>Fin.</b>
	9.B	<b>Sí.</b> Recibe el oficio de Anuencia emitido por la Fiscalía General del Estado de Querétaro e informa al Jefe de Servicio de Trasplante sobre consentimiento de donación de órganos y tejidos, procede a programar la sesión del caso ante el Subcomité de Donación Cadavérica de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes.
	Subcomité de Donación Cadavérica de órganos y Tejidos con fines de Trasplantes	10

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

26/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.


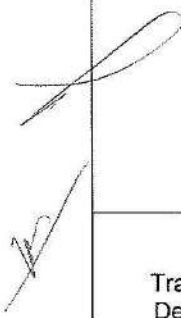

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Subcomité de Donación Cadavérica de órganos y Tejidos con fines de Trasplantes	10.A	<b>No.</b> Oferta la disposición de órganos y tejidos a otras Unidades Hospitalarias para su distribución e implantación y se formaliza la carta de asignación y entrega de órganos y tejidos (Anexo 10), además de dar notificación inmediata al CENATRA. <b>Fin.</b>
	10.B	<b>Si.</b> Se lleva a cabo el contacto telefónico con los Potenciales Receptores conforme a la lista de espera, y se agenda una cita con ellos.
	11	Se hace la recepción de los pacientes, se ordena la toma de muestras para analizar el grupo sanguíneo, histocompatibilidad y pruebas cruzadas.
	12	Se reciben los resultados y se hace la asignación de órganos y tejidos con base a criterios médicos relativos a la compatibilidad biológica para prevenir el riesgo de rechazo del órgano o tejido que se trasplante.
	13	Se comunica a los Receptores sobre la evaluación favorable, explicándoles las acciones a seguir.
	14	Se instruye al Coordinador Hospitalario que se formalice la elaboración del Acta de Subcomité, y llevar a cabo la captura de información en el Registro Nacional de Trasplantes, y en su caso el envío del Aviso de Paciente con Muerte Cerebral.
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante	15	Procede a efectuar la cirugía para la extracción de órganos y tejidos, preserva, embala e identifica los órganos, se formaliza el Formato de custodia y guarda de Órganos, Tejidos y Células procedentes de Donación Cadavérica (Anexo 17), de acuerdo a los protocolos correspondientes, posteriormente se efectúa la Relatoría de extracción de órganos y tejidos (Anexo 12), posteriormente se realiza el trasplante. <b>¿Se trata de procuración de tejido corneal?</b>
	15.A	<b>Si.</b> Realiza relatoría de extracción de corneas (Anexo 5). <b>Pasa al No. Act. 15.B.</b> <b>Ver:</b> Procedimiento 8.4 "Procedimiento para la evaluación, preservación, distribución y asignación de Tejido Corneal, del U500-DSMH-P01.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

27/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
 Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante	15.B	No. Revisa. <b>¿Se preservó la vida de los Receptores?</b>
	15.B.1	No. Se informa a los familiares, y se procede a solicitar la elaboración del certificado de defunción. Fin.
	15.B.2	Si. Se informa a los familiares, y continúan los cuidados médico-clínicos.
	16	Dan seguimiento al estado de salud de los Receptores en el Servicio de Hospitalización. <b>¿Es exitosa la funcionalidad del órgano trasplantado?</b>
	16.A	No. Se da manejo de la complicación del Trasplante hasta su solución. Fin.
	16.B	Si. Determinan el alta médica del Receptor de contar con óptimas condiciones clínicas, y ordena la toma de muestra de Laboratorios Clínicos.
	17	Prescriben indicaciones médico-terapéuticas, y cuidados en casa.
	18	Solicitan a Trabajo Social del Departamento de Trasplantes para que se dé la gestión para el alta hospitalaria de los Receptores.
 Trabajo Social del Departamento de Trasplantes	19	Verifica que en el Expediente Clínico del Receptor se encuentre la Carta para recibir apoyo para un Trasplante y el costeo de hospitalización requerido para efectuar el pago correspondiente en el área de caja del hospital.
	20	Confirma que se dé el alta médico-hospitalaria.
 Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.	21	Notifica al CENATRA la información correspondiente al trasplante efectuado.
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante	22	Lleva a cabo el manejo postoperatorio y seguimiento de los Receptores y la evolución de su estado de salud. Fin.

**DIAGRAMA**

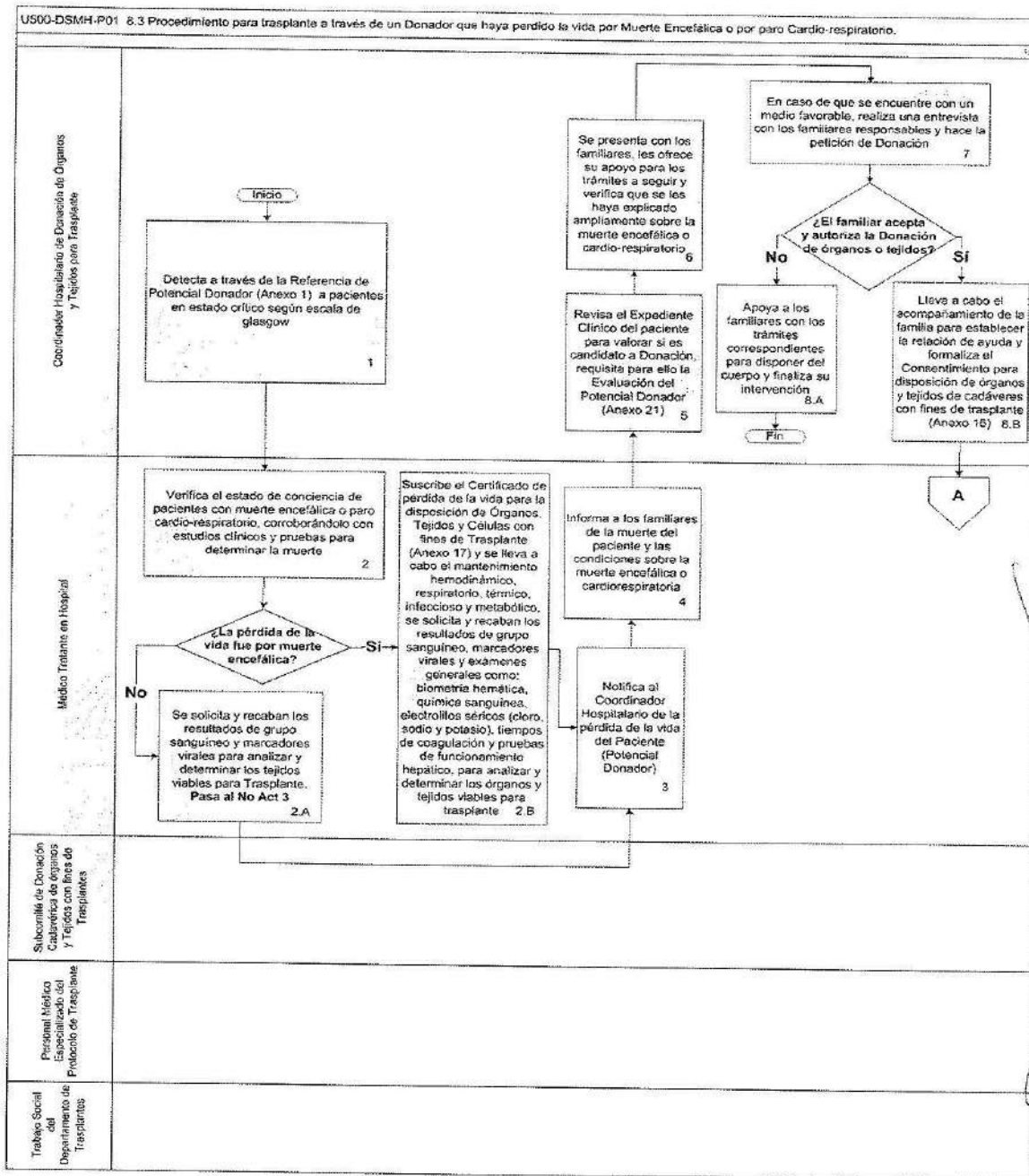
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

28/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: US00-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

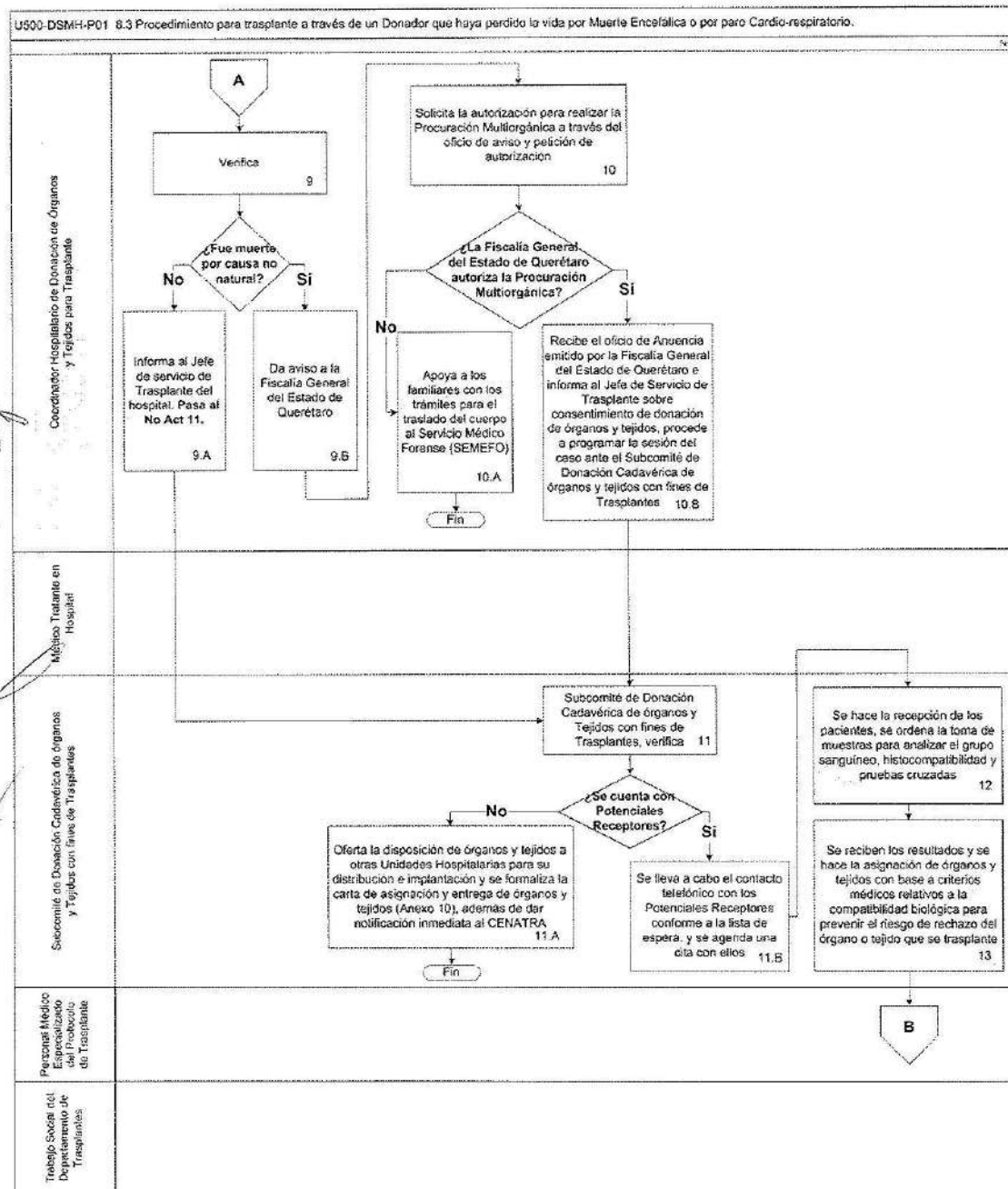


Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

29/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

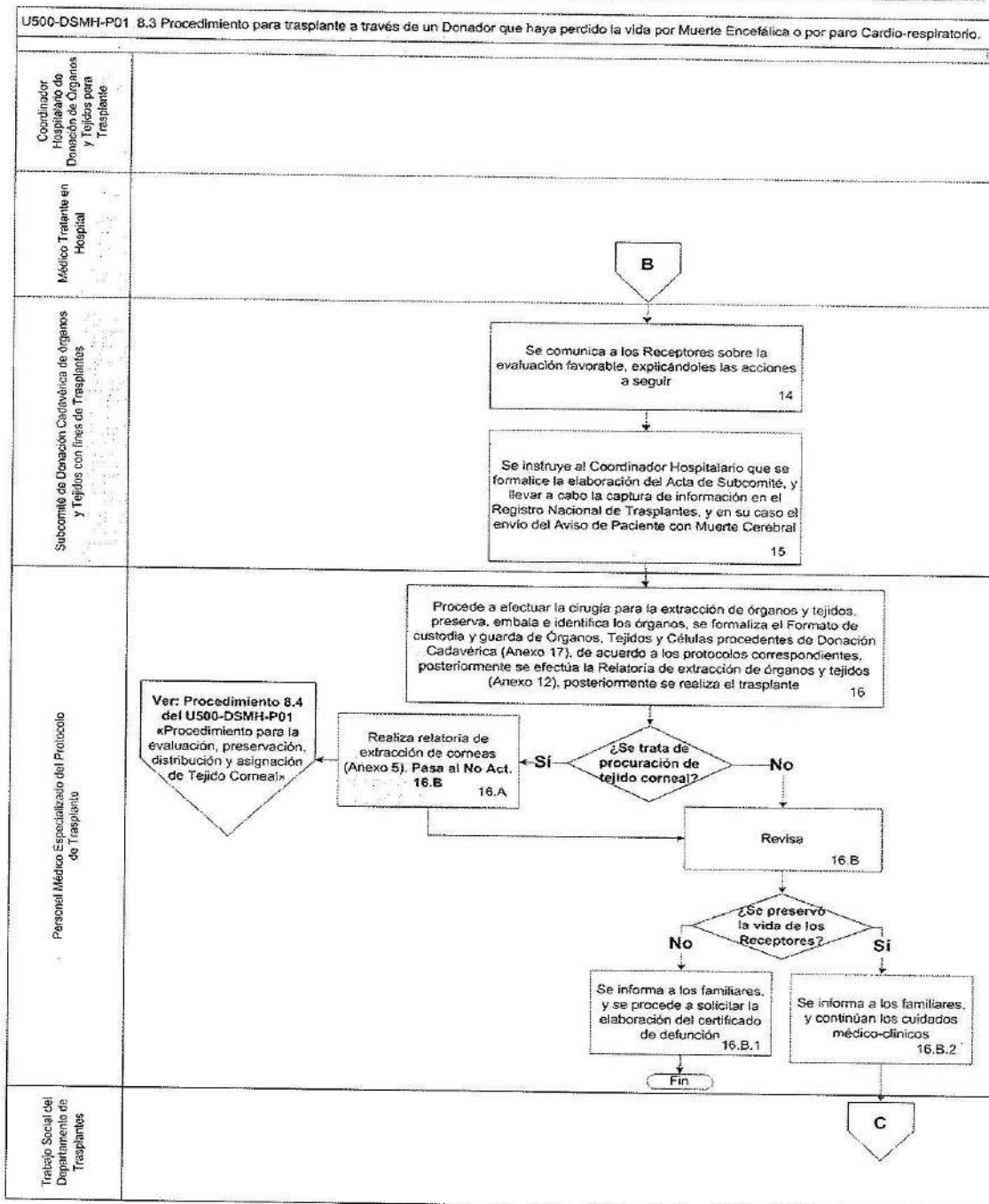
30/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



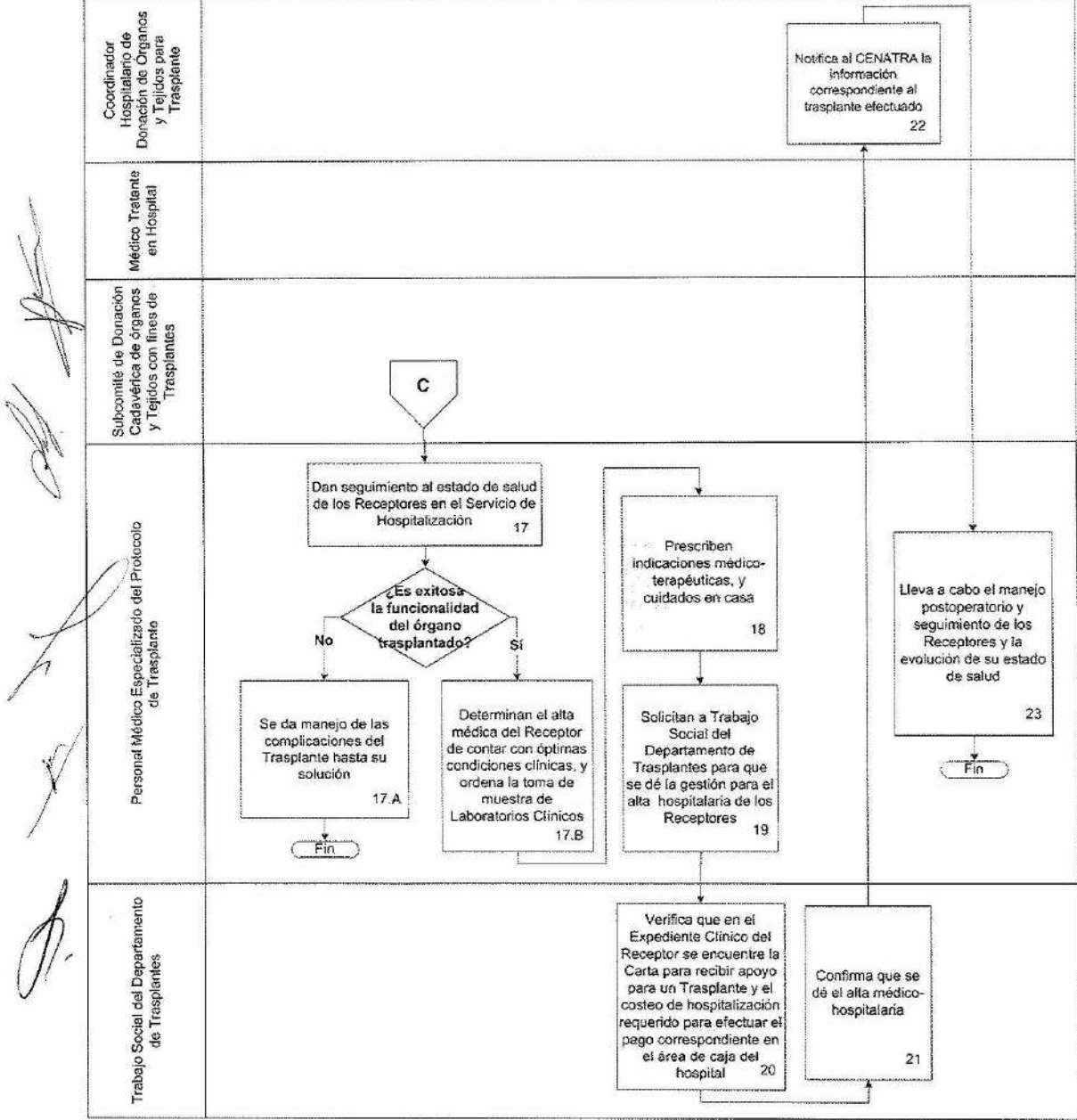
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

31/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

U500-DSMH-P01 8.3 Procedimiento para trasplante a través de un Donador que haya perdido la vida por Muerte Encefálica o por paro Cardio-respiratorio.



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

32/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

#### 8.4 Procedimiento para la evaluación, preservación, distribución y asignación de Tejido Corneal.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante	1	Recepciona el Tejido Corneal procurado y preservado.
	2	Evalúa Tejido Corneal para determinar viabilidad y calidad del tejido donado. <b>¿Es viable el Tejido Corneal para trasplante?</b>
	2.A	<b>No.</b> Se procede a la asignación para realizar parche tectónico y/o incineración.
	2.B	<b>Si.</b> Se realiza el registro de las características del botón corneal.
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.	3	Programa la sesión del caso ante el Subcomité de Donación Cadavérica de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes.
Subcomité de Donación Cadavérica de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplantes.	4	Verifica. <b>¿Se cuenta con Potenciales Receptores?</b>
	4.A	<b>No.</b> Se oferta la disposición de tejidos a otras Unidades Hospitalarias para su distribución y se formaliza la carta de asignación y entrega de órganos y tejidos (Anexo 10) además de la notificación al CENATRA.
	4.B	<b>Si.</b> Se lleva a cabo el contacto telefónico con los potenciales Receptores conforme a la lista de espera, y se agenda una cita con ellos.
	5	Se instruye al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante que se formalice la elaboración del Acta de Subcomité, y se lleve a cabo la captura de información en el Registro Nacional de Trasplantes.
	6	Se comunica a los Receptores sobre la evaluación favorable, explicándoles las acciones a seguir.
Subcomité de Donación Cadavérica de órganos y Tejidos con fines de Trasplantes	7	Se hace la recepción de los pacientes y se verifica que estén vigentes sus estudios de laboratorio y valoraciones pre operatorias, en su caso, se ordena la toma de muestras para analizar su estado de salud.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

33/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

RESPONSABLE	No. Act.	DESCRIPCIÓN
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante.	8	Procede a efectuar el trasplante del botón corneal.
	9	Se lleva a cabo el Proceso de destino final de los rodetes. <b>¿Es exitosa la funcionalidad del órgano trasplantado?</b>
	9.A	<b>Sí.</b> Prescriben las indicaciones médico-terapéuticas, y cuidados que se deberán tener en casa. <b>Pasa a la actividad No. 13.</b>
	9.B	<b>No.</b> Se da manejo a la complicación del Trasplante hasta su solución.
	10	Determinan alta médica hospitalaria del Receptor de contar con óptimas condiciones clínicas.
	11	Prescriben las indicaciones médico-terapéuticas, y cuidados que se deberán tener en casa.
	12	Solicitan a Trabajo Social del Departamento de Trasplantes que se indique la gestión para el alta hospitalaria de los Receptores.
Trabajo Social del Departamento de Trasplantes.	13	Confirma que se dé el alta médico-hospitalaria.
Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para Trasplante.	14	Notifica y reporta al CENATRA la información del Trasplante efectuado.
Personal Médico Especializado del Protocolo de Trasplante.	15	Lleva a cabo el manejo postoperatorio y seguimiento de los Receptores y su estado de salud. <b>Fin.</b>

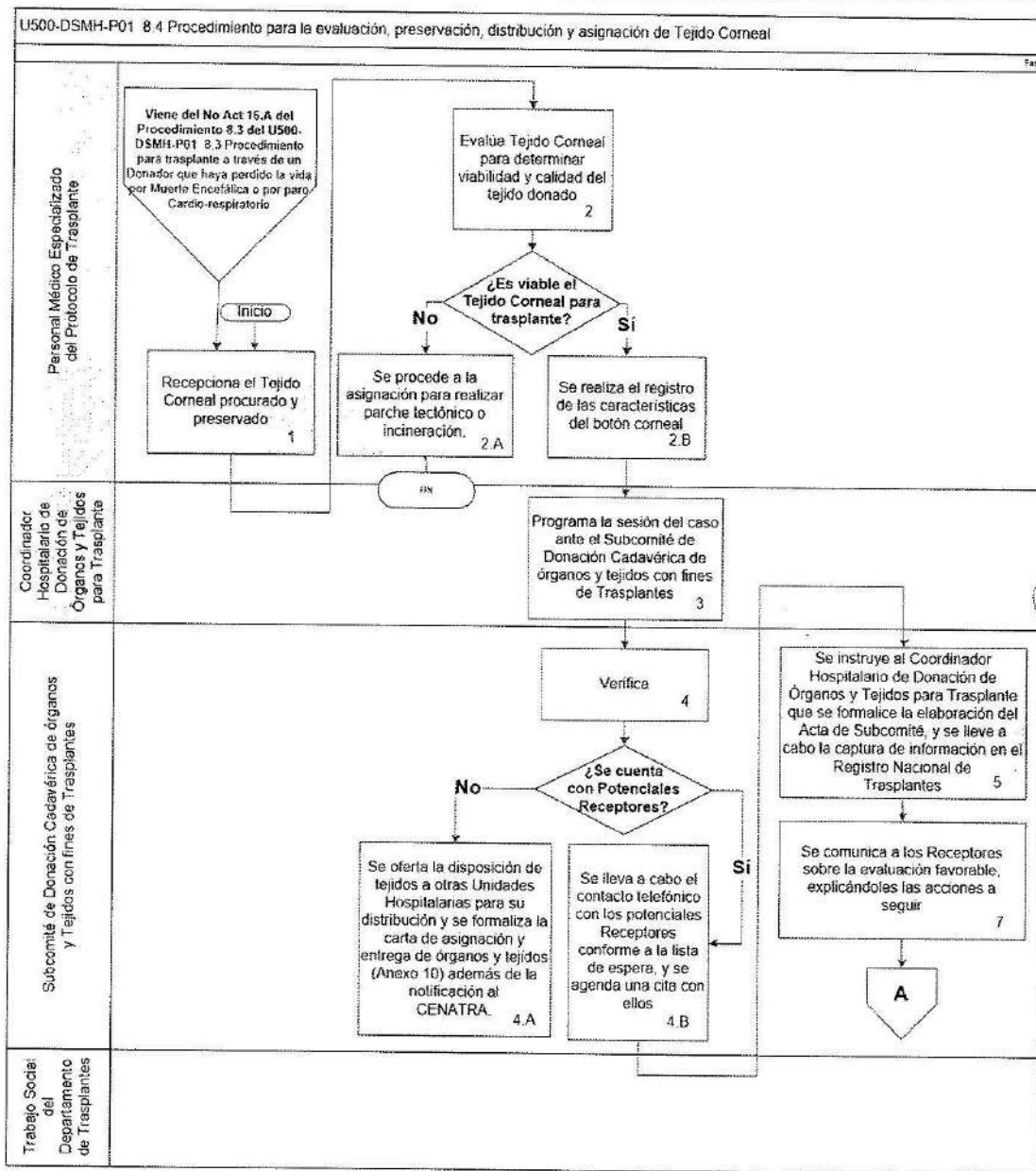
**DIAGRAMA**

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

34/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



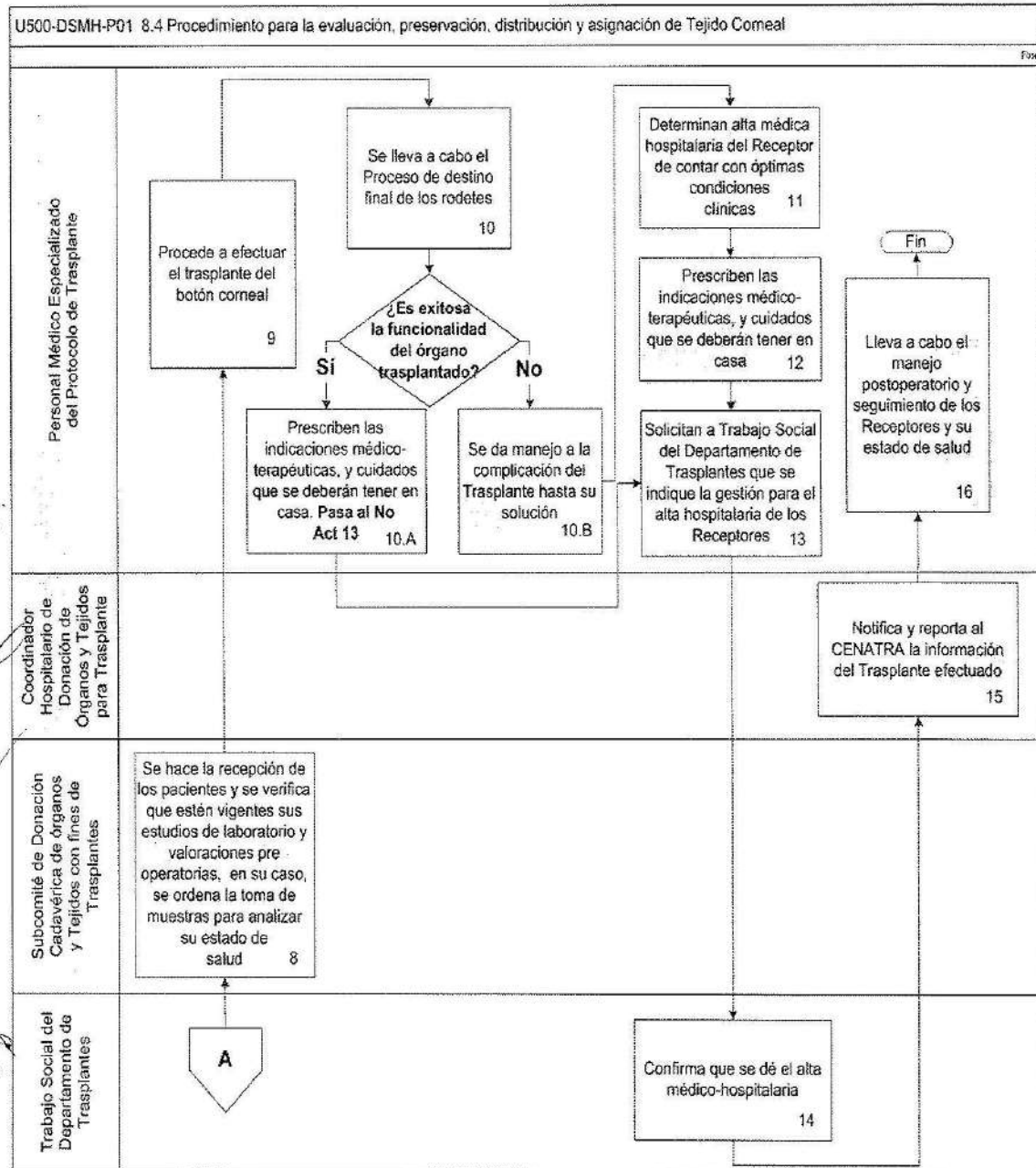
Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

35/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

36/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**CONTROL DE CAMBIOS**

REVISIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
A	Septiembre 2019	Elaboración y validación del procedimiento.

**10. ANEXOS**

Anexo 1. U500-DSMH-F29 Referencia de Potencial Donador.



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos  
Hospitalarios

**REFERENCIA DE POTENCIAL DONADOR**

U500-DSMH-F29

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Referida: sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Médico legal \_\_\_\_\_

Diagnóstico de ingreso \_\_\_\_\_

Días de estancia hospitalaria \_\_\_\_\_

Lugar de defunción \_\_\_\_\_ Causa de la muerte \_\_\_\_\_

Viable: Cornea \_\_\_\_\_ Hueso \_\_\_\_\_ Piel \_\_\_\_\_ Órganos \_\_\_\_\_

En caso de no ser viable, explicar los motivos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se solicita la donación \_\_\_\_\_

Acepta la donación \_\_\_\_\_

En caso de negativa, explica el motivo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsable de completar la referencia de potencial donador \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

37/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 2. U500-DSMH-F30 Carta de Consentimiento bajo Información para Receptor de Órganos y/o Tejidos mediante Procedimiento de Trasplantes. (Anverso y reverso)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Carta de Consentimiento bajo Información para Receptor de Órganos y/o Tejidos mediante Procedimiento de Trasplantes. (U500-DSMH-F30)

Unidad: \_\_\_\_\_

Aviso de Consentimiento informado por el paciente o el representante legal, al recibir un área de modo logístico a máquina

En la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ años, sexo \_\_\_\_\_ y No. de expediente \_\_\_\_\_

Manifiesto que he sido informado que padeczo (o padeczo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ secundaria a \_\_\_\_\_

Que el trasplante es el tratamiento de elección en mi caso, y éste es un procedimiento médico-quirúrgico el cual consiste en la colocación de un órgano o tejido sano:

Células Hematopoyéticas  Corazón  Cornea  Hígado  Páncreas

Pulmones  Riñón  Tejido Cardiovascular  Tejido Músculo-Esquelético

Que puede provenir de:

Donador Vivo  Donador Cadavérico

Así mismo, se me ha explicado que para evitar el rechazo del órgano/tejido transplantado, tendré que recibir medicamentos inmunosupresores, los que disminuyen las defensas de mi organismo y me hacen más susceptible a infecciones. Estando, conciente de lo mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que el personal del grupo de Trasplantes realice todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones médicas necesarias antes, durante y posterior a la cirugía en la atención de mi padecimiento. Reconozco la capacidad de los médicos tratantes y me encuentro conciente de las posibles eventualidades o complicaciones que pudieran presentarse durante el tratamiento.

Detos del receptor o su representante legal:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Delegación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_



Detos del 1er Testigo

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Delegación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_



Detos del 2do Testigo

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Delegación \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Entidad Federativa \_\_\_\_\_



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

38/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.

Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Carta de Consentimiento Bajo Información para Receptor de Órganos y/o Tejidos mediante Procedimientos de Trasplantes**

**Instrucciones de Llenado**

- 1. Lugar y Fecha de realización de la Carta de Consentimiento
- 2. Datos del Receptor
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
  - Edad
  - Sexo
  - Número de Expediente
  - Padecimiento
- 3. Datos del Trasplante
  - Tipo de donador (Vivo / Cadáver)
- 4. Datos del Receptor o su Representante Legal
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma
- 5. Datos del 1er Testigo que otorga el consentimiento
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma
- 6. Datos del 2do Testigo que otorga el consentimiento
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre/s)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma

Handwritten signatures and initials are present on the right side of the page, corresponding to the signature fields in the instructions. There are approximately six distinct marks, including full signatures and initials.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

39/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 3. U500-DSMH-F31 Carta de Consentimiento bajo Información de Nefrectomía en Donador Vivo para Trasplante Renal. (Anverso y reverso)



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Carta de Consentimiento bajo Información de Nefrectomía en donador vivo para Trasplante Renal Trasplantes. (U500-DSMH-F31)

Unidad: \_\_\_\_\_

Antes de leer este formulario cuidadosamente el instructivo al reverso. Léase por tierra de modo legible o a máquina.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ del día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ me identifico con \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, por lo tanto con mayoría de edad, en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, manifiesto que es mi voluntad donar en forma altruista y sin ánimo de lucro mi riñón \_\_\_\_\_ para que sea transplantado a (el/la) C. \_\_\_\_\_ con quien me une el parentesco por \_\_\_\_\_ como se puede demostrar con los siguientes documentos: \_\_\_\_\_

Aclaro que recibí información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano por un médico distinto al que intervendrá en el trasplante.

También se me explicó que existe un \_\_\_\_\_% de que el receptor rechace este órgano. Así mismo autorizo al grupo de Trasplantes para que realicen todos los estudios, procedimientos e indicaciones médicas necesarias antes, durante y posteriores a la cirugía.

Datos del Donador o Dispone:

Form fields for Donor/Donor's data: Nombre, Teléfono, Domicilio, Colonia, C.P., Delegación, Ciudad, Entidad Federativa.

Form field for Firma Familiar (Family Signature)

Datos del 1er Testigo

Form fields for 1st Witness data: Nombre, Teléfono, Domicilio, Colonia, C.P., Delegación, Ciudad, Entidad Federativa.

Form field for Firma 1er Testigo (1st Witness Signature)

Datos del 2do Testigo

Form fields for 2nd Witness data: Nombre, Teléfono, Domicilio, Colonia, C.P., Delegación, Ciudad, Entidad Federativa.

Form field for Firma 2do Testigo (2nd Witness Signature)

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

40/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones. Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Instrucciones de Llenado

Carta de Consentimiento Bajo Información de Nefrectomía en Donador Vivo para Trasplante Renal.

- 1. Lugar y Fecha de realización de la Carta de Consentimiento
- 2. Datos del Donador o Disponiente
  - Nombre del Donador o Disponiente (Nombres, Apellido Paterno y Materno)
  - Documentos con los que se identifica
  - Educación
  - Riñón a trasplantar (Derecho o Izquierdo)
  - Nombre del Receptor (Nombres, Apellido Paterno y Materno)
  - Parentesco con el Receptor
  - Documentos que presenta para comprobar el parentesco
- 3. Datos del Trasplante
  - Porcentaje de Rechazo del órgano por el Receptor.
- 4. Datos del Donador o Disponiente
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombres)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma
- 5. Datos del 1er Testigo que otorga el consentimiento
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombres)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma
- 6. Datos del 2do Testigo que otorga el consentimiento
  - Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombres)
  - Teléfono
  - Domicilio (Calle, número, Colonia, Código Postal, Delegación o Municipio, Ciudad, Estado)
  - Firma

NOTA: Esta solicitud debe ser acompañada con copias fotostáticas de los documentos oficiales que presente para demostrar su parentesco y su identificación oficial (Credencial de Elector, Cédula Profesional, Pasaporte o Cartilla Militar).

Consideraciones Generales

Este formato es de libre reproducción, en hoja blanca tamaño carta y papel bond. Última fecha de autorización del formato por parte de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Última fecha de autorización del formato por parte de la unidad de desregulación económica. Los documentos no deberán presentar alteraciones, raspaduras o enmendaduras. Todas las copias deberán ser firmadas en Original

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 4. U500-DSMH-F32 Trazabilidad de Tejido Corneal. (Anverso y reverso)**



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
 Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

**Trazabilidad de Tejido Corneal (U500-DSMH-F32)**

Unidad: \_\_\_\_\_

<b>1.- Datos Generales del Establecimiento Generador</b>				<b>Folio:</b>	
Nombre del hospital:				RNT	
Domicilio:					
Número de Licencia:					
Motivo de Envío:	Valoración		Asignación		
<b>2.- Datos Generales del Donador</b>					
Nombre:			Edad:	Sexo:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de Defunción:		Hora:	
Causa de Defunción:				N° Exp.	
Hora de la Procuración:	Córnea Izquierda		Córnea Derecha		
Nombre del Procurador:					
<b>3.- Datos del Tejido Corneal</b>					
Grupo Sanguíneo:		RH			
VIH		Antecedentes personales patológicos del donador:			
VDRL					
VHB		Cirugías oftalmológicas previas:	Sí	No	Cual:
VHC		Observaciones:			
Otros:					
Entrega Tejido corneal	Cargo:				
Nombre y firma:					
Recibe tejido corneal:	Cargo:				
Nombre y firma:					
Lugar y fecha de entrega:					
<b>Nota: Anexar al formato los siguientes documentos:</b>					
<input type="checkbox"/>	Copia autorización de la donación		<input type="checkbox"/>	Anuencia del M.P. (en su caso)	
<input type="checkbox"/>	Identificación de disponentes secundarios y donador		<input type="checkbox"/>	Copia de laboratorios	
<input type="checkbox"/>	Carta de asignación		<input type="checkbox"/>	Relatoria de extracción	
			<input type="checkbox"/>	Certificado de defunción y/o de pérdida de la vida	

Anexo 1

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

42/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

*[Handwritten signatures and marks on the left side of the form]*

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

4.- Valoración Corneal Derecha				Folio:	
Nombre:		Edad:		Sexo:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de defunción:		Hora:	
Causa de defunción:			N° de Exp:		
Hora de la Procuración:			Fecha de Valoración:		
<b>Epitelio</b>					
<input type="checkbox"/>	Claro e Intacto				
<input type="checkbox"/>	Haze (Opacidad)	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Pérdida	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Presencia de cuerpos extraños o pterigio				
<input type="checkbox"/>	Otros				
<b>Estroma</b>					
<input type="checkbox"/>	Claro y compacto				
<input type="checkbox"/>	Edema	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Presencia de arco	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Estrias	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Cicatrices (Describir)				
<input type="checkbox"/>	Infiltrados (Describir)				
<input type="checkbox"/>	Otros				
<b>Descemet</b>					
<input type="checkbox"/>	Defectos o desprendimiento	Central		Periferico	
<input type="checkbox"/>	Pliegues	Leve	Moderado	Severo	
<b>Endotelio</b>					
<input type="checkbox"/>	Pliegues	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Guttas	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Otras observaciones				
<b>Evaluación por microscopia especular</b>					
CD		HEX			
SD		AVE			
CV		Área total			
Conclusión /Recomendación					
Nombre y firma de quien evaluó:					


Anexo 2

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

43/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

4. 1- Valoración Corneal Izquierda				Folio:	
Nombre		Edad:	Sexo:		
Fecha de nacimiento:		Fecha de defunción:		Hora:	
Causa de defunción:			N° de expediente:		
Hora de la Procuración:		Fecha de valoración:			
<b>Epitelio</b>					
<input type="checkbox"/>	Claro e intacto				
<input type="checkbox"/>	Haze (Opacidad):	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Pérdida	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Presencia de cuerpos extraños o pterigior				
<input type="checkbox"/>	Otros				
<b>Estroma</b>					
<input type="checkbox"/>	Claro y compacto				
<input type="checkbox"/>	Edema	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Presencia de arco	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Estrías	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Cicatrices (describir)				
<input type="checkbox"/>	Infiltrados (describir)				
<input type="checkbox"/>	Otros:				
<b>Descemet</b>					
<input type="checkbox"/>	Defectos o desprendimiento	Central		Periférico	
<input type="checkbox"/>	Pliques	Leve	Moderado	Severo	
<b>Endotelio</b>					
<input type="checkbox"/>	Pliques	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Guttas	Leve	Moderado	Severo	
<input type="checkbox"/>	Otras observaciones				
<b>Evaluación por microscopia especular</b>					
CD			HEX		
SD			AVE		
CV			Área total		
Conclusión /Recomendación					
Nombre y firma de quien evaluó:					

*[Handwritten signatures and initials on the left margin of the form]*

Anexo 3

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

44/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

<b>5.- Datos Generales del Hospital Receptor</b>		<b>Folio:</b>	
Nombre del hospital:		RNT	
Domicilio:			
Número de Licencia:			
<b>6.- Datos del Tejido a la Entrega (Bancos de ojos a hospital receptor)</b>			
Entrega Tejido corneal		Cargo:	
Nombre y firma:			
Recibe tejido corneal:		Cargo:	
Nombre y firma:			
Lugar y fecha de entrega:			
<b>7.- Datos generales del receptor córnea derecha</b>			
Nombre:		ID	Edad: Sexo:
Fecha de nacimiento:		Fecha de cirugía:	
Hora:			
Diagnóstico médico:			
Ojo operado:	Ojo izquierdo:	Ojo derecho:	Se realizó cirugía: Si No
Causa:			
Médico tratante y Cedula profesional:			
Condiciones del tejido:			
Nombre y firma del Médico tratante:			
<b>Nota:</b> El tejido corneal residual del boton donador debe ser devuelto al banco de tejido corneal de procedencia en un lapso no mayor de 15 días.			
Entrega tejido residual		Cargo:	
Lugar y fecha de entrega:			
Recibe tejido residual:		Cargo:	
Lugar y fecha de entrega:			

Anexo 4

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

<b>5.- Datos generales del hospital receptor</b>		<b>Folio:</b>	
Nombre del hospital:		RNT	
Domicilio:			
Número de licencia:			
<b>6.- Datos del tejido a la entrega (Banco de ojos a hospital receptor)</b>			
Entrega Tejido Corneal		Cargo:	
Lugar y fecha de entrega:			
Recibe Tejido Corneal		Cargo:	
Lugar y fecha de entrega:			
<b>7.- Datos generales del receptor córnea izquierda</b>			
Nombre:		ID	Edad: Sexo:
Fecha de nacimiento:		Fecha de cirugía:	
Diagnóstico médico:		Hora:	
Ojo operado:	Ojo izquierdo	Ojo derecho:	Se realizó cirugía: Sí No
Causa:			
Médico tratante y cedula profesional:			
Condiciones del tejido:			
Nombre y firma del médico tratante:			
<b>Nota:</b>	<b>El tejido corneal residual del boton donador debe ser devuelto al banco de tejido corneal de procedencia en un lapso no mayor de 15 días.</b>		
Entrega tejido residual:			
Cargo:			
Recibe tejido residual:			
Cargo:			
Lugar y fecha de entrega:			
Condiciones del tejido:			
Nombre y firma del médico tratante:			

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Anexo 5

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

46/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 5. U500-DSMH-F33 Relatoría de Extracción de Córneas.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
División de Servicios Médicos Hospitalarios

Relatoría de Extracción Córneas (U500-DSMH-F33)

Unidad: \_\_\_\_\_

Santiago de Queretaro, Qro. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Por medio de la presente se hace constar que a las \_\_\_\_ hrs. del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_, en el servicio de \_\_\_\_\_ se procedió a la toma de cornea \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ de quien en vida llevara el nombre de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, que falleció a las \_\_\_\_ hrs. del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_ a causa de \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_.

Técnica de extracción ojo derecho

Hora: \_\_\_\_\_

- 1.- Colocación de Blefarostato
- 2.- Peritomia 360°
- 3.- Surco escleral a 1mm de limbo
- 4.- Paracentesis de cámara anterior
- 5.- Resección de cornea donadora
- 6.- Sutura esclera y conjuntiva con jareta nylon 5/0
- 7.- Fin de procedimiento

Comentarios: \_\_\_\_\_

Técnica de extracción de ojo izquierdo

Hora: \_\_\_\_\_

- 1.- Colocación de Blefarostato
- 2.- Peritomia 360°
- 3.- Surco escleral a 1mm de limbo
- 4.- Paracentesis de cámara anterior
- 5.- Resección de cornea donadora
- 6.- Sutura esclera y conjuntiva con jareta nylon 5/0
- 7.- Fin de procedimiento.

Comentarios: \_\_\_\_\_

Médico Procurador

*(Handwritten signatures and marks on the right side of the page)*

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 6. U500-DSMH-F34 Reporte de Evaluación de Corneas de Banco de Ojos.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Reporte de Evaluación de Corneas de Banco de Ojos  
(U500-DSMH-F34)

Nombre del donador:		Edad del donador:	
Ojo:	Fecha de defunción:	Hora de defunción:	
Hora de Procuración:		Diagnóstico de fallecimiento:	
Nombre de quien procuró la córnea:			

**1. Epitelio**

Claro e intacto

Haze (opacidad)

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

Pérdida

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

Presencia de cuerpos extraños o pterig

Otros \_\_\_\_\_



**2. Estroma**

Claro y compacto

Edema

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

Presencia de arco

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

Estrías

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------

Cicatrices (describir)

Infiltrados (describir)

Otros \_\_\_\_\_



**3. Descemet**

Defectos o desprendimiento

Central	Periferico	
---------	------------	--

Piegues

Leve	Moderado	Severo
------	----------	--------



*[Handwritten signatures and marks on the left side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

48/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 7. U500-DSMH-F35 Carta Responsiva de Ingreso a Lista de Espera de Trasplante de Córnea.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Carta Responsiva de ingreso a Lista de Espera de Cornea. (U500-DSMH-F35)

Unidad: \_\_\_\_\_

Form fields for 'Nombre del Paciente:' and 'N° de Expediente:'

Por medio de la presente. Hago constar que estoy enterado y autorizo mi ingreso a la lista de espera de trasplante corneal para \_\_\_\_\_ por diagnóstico de \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_ y me comprometo a los siguientes a fin de asegurar óptimas condiciones de mi trasplante de cornea:

- 1. Acudir a mis citas programadas con oportunidad, así como seguir el tratamiento que me sea indicado, esto para asegurar las condiciones óptimas de mi estado de salud.
2. Acudir o en su defecto llamar al departamento de Trasplantes para confirmar mis datos personales cada 6 meses y de esta manera mantener status activo en lista de espera de trasplante de córnea.
3. Actualizar mis datos personales de manera inmediata en caso de haber un cambio de alguno de estos, de tal manera que sea fácilmente localizable en cualquier momento.
4. Tener oportunamente los estudios de laboratorio así como valoraciones de Medicina Interna, Cardiología o Anestesiología o aquellas que hayan sido solicitadas por el médico tratante.

Causas de Baja en el Registro de Pacientes Receptores:

- 1. No poder ser localizado en 3 ocasiones, bajo el mismo número de contacto que se proporcionó.
2. Pacientes que tengan datos de alta números telefónicos fuera de servicio, o que aparezcan como inexistentes en 3 ocasiones.
3. Pacientes que no deseen o se nieguen a someterse a cirugía en 2 ocasiones en los que se les llame porque ya hubo tejido disponible, estando en condiciones óptimas de salud para ello.
4. En caso de que la persona que atiende la llamada refiera no conocer al paciente, en 3 ocasiones.
5. Pacientes que no acudan a sus consultas en un lapso de 1 año.
6. Pacientes que dejen de ser candidatos por sus condiciones de salud oftalmológica o sistémica.
7. Pacientes finados.
8. Baja Voluntaria.

Una vez dado de baja, si solicita reanudación al registro, tendrá la obligación de iniciar el mismo.

Firma de enterado del paciente receptor: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de los padres o tutores: \_\_\_\_\_


Fecha: \_\_\_\_\_

Handwritten signatures and initials on the right side of the document.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 8. U500-DSMH-F36 Carnet de citas del protocolo para trasplantes. (Anverso y reverso).**

Ingreso a la lista de espera			
<b>Tipo de Donación:</b>			
Vivo	<input type="checkbox"/>	Cadáver	<input type="checkbox"/>
ID RNT: _____			
Nombre del Donador: _____			
Parentesco: _____ Grupo RH: _____			
Fecha de nacimiento: _____ Hosp./No. Exp.: _____			
Pruebas cruzadas: _____ HLA: _____			
Trasplante: _____			
CMV: _____ / _____			
Seguimiento del Pb. Trasplante			
Fecha	Acudió		Observaciones
	Sí	No	

Hospital de atención: _____		IMSS/ISSSTE: _____
		Folio: _____
<b>Programa Estatal de trasplantes</b> <b>Carnet de citas del protocolo para trasplantes</b>		
Nombre del Paciente: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Tel: _____		
Originario: _____ No. Exp.: _____		
Domicilio: _____		
Escolaridad: _____ Ocupación: _____		
Religión: _____ Estado Civil: _____		
Grupo RH: _____ N.S.E.: _____		
Causa del padecimiento: _____		
Terapia sustitutiva: _____ Inicio: _____		
Peso: _____ Talla: _____		
Diuresis: _____ Trasfusiones: _____		
Apoyo de Fundación: _____		
Familiar Responsable: _____		

*[Handwritten signatures and notes on the left side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

50/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Para ser ingresado a lista de espera es necesario contar con los siguientes trámites**

1. Autorización por médico responsable del protocolo de trasplante:  
Fecha: \_\_\_\_\_ visto bueno: \_\_\_\_\_

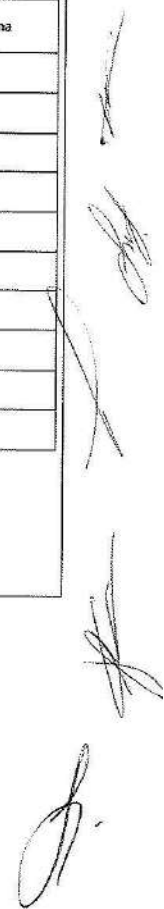
2. Asistencia a plática introductoria:  
Fecha: \_\_\_\_\_ visto bueno: \_\_\_\_\_

3. Asistencia a interconsultas:

Especialidad	Médico	Fecha No contraindicación para el trasplante	Observaciones	Firma
Trasplantes				
Psicología				
Maxilofacial				
Urología				
ORL				
Cardiología				
Psiquiatría				
Vascular				
Nefrología				
Protocolo				

4. Trámites de fundación:  
Fecha: \_\_\_\_\_ visto bueno: \_\_\_\_\_

5. Donadores de sangre:  
Fecha: \_\_\_\_\_ visto bueno: \_\_\_\_\_



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

51/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 9. U500-DSMH-F37 Protocolo de Estudio del Receptor. (Anverso y reverso)**



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos  
Hospitalarios

**Protocolo de Estudio del Receptor**  
(U500-DSMH-F37)  
Unidad:

Nombre:		Fecha de nacimiento:					
N° de Expediente:		Grupo Sanguíneo:					
Dirección:				Teléfono:			
Dx:				Peso:			
Talla:	IMC:	Trasplante previo:					
N° de causa perdida:	Sobrevivida del TR(A):			Tx. Sustitutivo:			
N° Tipo:	Complicaciones:						
Trasfusiones:		Filtro:	N° de unidades:			HLA:	
Fechas:							
Parentesco con el donador:							
Fecha							
Hb/Hto							
VCM/CMHG							
Leu/Linf %							
Mon %/ Gr%							
E% B%							
Plaq.							
TP/TTP							
Glu/Bun							
Cr/Ac.U							
Na/K							
Cl/Mg							
Ca/P							
PTH							
Bt/Bd							
Alt/Ast							
Fa/Pt							
DHL/CPK							
CT/TG							
HDL/LDL							
DU/PH							
Alb/Glu							
Hb/Nit							
Leu/Eri							

*[Handwritten signatures and initials on the left margin]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

52/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Fecha de realización y (+/-) *Solo por razon necesaria					
VIH					
AgS VHB				Usg Renal	
Ac VHC				Rx. Torax	
CMV IgG/IgM				ECG	
EB IgG/IgM				Cistograma	
Toxo Gg/IgM				PAP	
VDRL				Mastografía	
PPD(mm)				PSA	
Cult BAAR*				Biopsia renal*	
Ex. Faringeo					
Ex. Nasal				Pruebas cruzadas	
Urocultivo				HLA**	
DP Cta. Cel.					
Dp. Cultivo.					

Fecha de aprobación por subespecialidad		
Especialidad	Nombre	Firma
Trasplantes		
Psicología		
CMF		
Urología		
ORL		
Cardiología		
Psiquiatría		
Angiología		
Protocolo de TR		
Nefrología		

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

53/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
 Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 10. U500-DSMH-F39 Carta de asignación y entrega de Órganos y Tejidos.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Carta de Asignación y Entrega de órganos y Tejidos. (U500-DSMH-F39)

Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, se hace constar que el tejido \_\_\_\_\_ donado de quien en vida llevó el nombre de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad que falleció en el hospital \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 20 \_\_\_\_\_, a consecuencia de \_\_\_\_\_, ha sido asignado a \_\_\_\_\_ RNT No. \_\_\_\_\_

Se extiende la presente en duplicado con firmas autógrafas originales en ambas copias, para la formación de expediente tanto en la institución generadora como en hospital receptor del órgano y/o tejido.

Entrega órgano y/o tejido  
Nombre y firma

Recepción órgano y/o tejido  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Coordinador Hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplante  
Hospital \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Procurador de órgano y/o tejido

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

54/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

*[Handwritten signatures and marks on the left margin]*

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 11. U500-DSMH-F40 Protocolo de Estudio del Donador. (Anverso y reverso)**



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos  
Hospitalarios

**Protocolo de Estudio del Donador**  
(U500-DSMH-F40)  
Unidad:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
N° de Expediente:		Grupo Sanguíneo:	
Dirección:		Teléfono:	
Dx:		Peso:	
Talla:	IMC:	Trasfusiones:	
N° de Unidades:	HLA:		
Fechas y causas:			
Parentesco del receptor:			
Fecha			
Hb/Hto			
VCM/CMHG			
Leu/Linf %			
Mon %/ Gr%			
E% B%			
Plaq.			
TP/TTP			
Glu/Bun			
Cr/Ac.U			
Na/K			
Cl/Mg			
Ca/P			
PTH			
Bt/Bd			
Alt/Ast			
Fa/Pt			
Alb/Glob			
Hi/Cpk			
Ct/Tg			
Hdl/Ldl			
Du/Ph			
Alb/Glu			
Hb/Nit			
Leu/Eri			
<b>Fecha de realización y resultado por formula</b>			
Dep Creatinina/ Orina/cy G/Levey			
Albuminuria 24 h. e indice A/cr			

*[Handwritten signatures and notes on the right side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

55/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Fecha de realización y (+0-) *Solo por razon necesaria						
VIH				RX. Torax		
AGS VHB				HRS. PSA		
AC VHC				EKG		
CMV IGG/IGM				USG Renal		
EB IGG/IGM				PAP*		
Tono GG/IGM				MASTO*		
VDRL				APE*		
PPD(MM)						
CULT BAAR*						
URO CULTIVO						

Fecha de aprobación por subespecialidad		
Especialidad	Nombre	Firma
Trasplantes		
Psiquiatria		
Cardiología		
Urología		
Nefrología		
Infectología		
Qx. Trasplantes		



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

56/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 12. U500-DSMH-F41 Relatoría de Extracción de Órganos y Tejidos.



SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ  
Dirección de Servicios Médicos Hospitalarios

Relatoría de Extracción de Órganos y Tejidos  
(U500-DSMH-F41)

Unidad: \_\_\_\_\_

Santiago de Queretaro, Qro. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_

Por medio de la presente se hace constar que a las \_\_\_\_ hrs. del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_, en el servicio de quirófanos se procedió a la toma de \_\_\_\_\_ de quien en vida llevara el nombre de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, que falleció a las \_\_\_\_ hrs. del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_ la causa de \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_.

Técnica de Extracción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Procurador

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 13.** Listado de la documentación requerida para la integración del expediente social.

**LISTADO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE SOCIAL.**

**Receptor:**

Descripción
✓ Copia de acta de nacimiento.
✓ Copia de acta de matrimonio.
✓ Copia de comprobante de domicilio vigente.
✓ Copia de identificación oficial (INE).
✓ 2 fotografías tamaño infantil.
✓ Fotografías de la casa que habita (fachada, cocina, sala, comedor, recamara y baño).
✓ Comprobante de ingresos del Responsable.
✓ Copia de Carnet de citas del protocolo para trasplantes.
✓ Copia de la Póliza de Seguro Popular.
✓ Copia del carnet del IMSS o ISSSTE.
✓ Carta dirigida al Director del Hospital General de Querétaro, solicitado el apoyo económico para el Trasplante.
✓ Comprobantes de Donación.

**Donador Vivo:**

Descripción
✓ Copia de acta de nacimiento.
✓ Copia de comprobante de domicilio vigente.
✓ Copia de identificación oficial (INE)
✓ 2 fotografías tamaño infantil
✓ Comprobantes de Donación.

**Responsable:**

Descripción
✓ Copia de acta de nacimiento
✓ Copia de comprobante de domicilio vigente.
✓ Copia de identificación oficial (INE)
✓ Fotografías de la casa que habita (fachada, cocina, sala, comedor, recamara y baño)
✓ Comprobante de ingresos.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

58/75


Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.




Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 14. Aviso de Paciente con Muerte Cerebral. (CENATRA). (Anverso y reverso)

SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES



**CNTRA-00-005 AVISO DE PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL.**



Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.  
Lléneselo con letra de molde legible o a máquina.

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

Nombre o Razón Social		Número de Licencia Sanitaria	
Calle y Número		Colonia o Localidad	
Delegación Política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Teléfono (s)

Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes

**2.- DATOS DEL PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL**

Nombre completo		Edad	Sexo
Estado Civil	Ocupación	Colonia o Localidad	
Calle y Número	Delegación Política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal
Fecha de Ingreso al Hospital		Número de Expediente	
Servicio donde se encuentra			
Fecha y hora en que se detecta		Fecha y hora en que se avisa al Centro Nacional de Trasplantes	
Causa de Muerte			
Organos viables para donación			
Es caso médico legal:    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**3.- DATOS DEL CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES**

Nombre de la persona que recibe la llamada del aviso
Fecha y hora de la llamada

Este formato es propiedad de SESEQ y debe ser utilizado en los hospitales de SESEQ en cumplimiento de la Ley de Salud y de la Ley de Transplantes.  
Para cualquier consulta, acudir al contacto con pacientes a esta oficina, atención telefónica al Sistema de Atención Telefónica y al Coordinador (SAUT) al teléfono 066-200-0000 en el D.F. y en las instalaciones de la Secretaría de Salud en los estados de la República Mexicana al teléfono 066-200-0000. Sección de Atención al Paciente y al Donante y al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 55-11-14-95 o desde el interior de la República al 01-80001-7864 y 02.


Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

59/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
CNTRA-00-005 AVISO DE PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL**

- 1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**
- o Anotar el nombre o razón social.
  - o Anotar el número de Licencia Sanitaria otorgada para la disposición de órganos y tejidos por la Secretaría de Salud.
  - o Anotar la calle, número, colonia o localidad, delegación política o municipio, entidad federativa, código postal, teléfonos.
  - o Anotar nombre y firma del Coordinador Hospitalario de Trasplante.

- 2.- DATOS DEL PACIENTE CON MUERTE CEREBRAL**
- o Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre).
  - o Anotar la edad y el sexo.
  - o Anotar el Estado Civil.
  - o Anotar su ocupación.
  - o Anotar la calle, número, colonia o focalidad, delegación política o municipio, entidad federativa, código postal, teléfonos.
  - o Anotar la fecha de ingreso al Hospital.
  - o Anotar el número del expediente.
  - o Anotar en que servicio del hospital se encuentra el paciente.
  - o Anotar la fecha y hora en que se detecta la muerte cerebral.
  - o Anotar la fecha y hora en que se avisa al Centro Nacional de Trasplantes.
  - o Anotar la causa de la muerte.
  - o Anotar que órganos pueden ser viables para donación.

- 3.- DATOS DEL CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES**
- o Anotar el nombre del personal del Centro Nacional de Trasplantes que recibió el aviso.
  - o Anotar la fecha y hora de la llamada.

**ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCION, EN HOJA TAMAÑO CARTA.  
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.  
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.**

Handwritten signatures and initials, including a large signature at the top and several smaller ones below it.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

60/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 15. Consentimiento para disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres con fines de Trasplante. (CENATRA). (Anverso y reverso)



CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Causa de la Muerte: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Hospital: \_\_\_\_\_  
 Domicilio del Hospital: \_\_\_\_\_

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Yo, \_\_\_\_\_ con parentesco por \_\_\_\_\_, del hoy occiso (a)  
 C. \_\_\_\_\_, otorgo el consentimiento para donar \_\_\_\_\_.  
 En forma libre y voluntaria, siendo mayor de edad, estando en pleno uso de mis facultades mentales y después de haber sido informado lo suficiente acerca de la disposición, en virtud que el hoy occiso (a) nunca manifestó la negación a la donación de órganos y tejidos para que estos sean utilizados en forma altruista y gratuita con fines de trasplante.

3.- DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO.

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Esfrendad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Calle y Número: \_\_\_\_\_ Colonia o Localidad: \_\_\_\_\_  
 Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Firma del familiar que otorga el consentimiento

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS.

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Calle y Número: \_\_\_\_\_ Colonia o Localidad: \_\_\_\_\_  
 Delegación política o Municipio: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_ Nombre (s): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Calle y Número: \_\_\_\_\_ Colonia o Localidad: \_\_\_\_\_  
 Delegación política o Municipio: \_\_\_\_\_ Entidad Federativa: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Firma del primer testigo: \_\_\_\_\_ Firma del segundo testigo: \_\_\_\_\_

*[Handwritten signatures and marks on the right side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

61/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DE MODIFICACIONES AL SISTEMA INFORMÁTICO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT) ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.**

- 1.- Nombre del potencial donante
- 2.- Sexo: Masculino / Femenino
- 3.- Edad en años del potencial donante
- 4.- Diagnostico nosológico de ingreso a urgencias.
- 5.- Diagnostico final nosológico y/o patológico, causa directa de muerte encefálica.
- 6.- Fecha en que ocurrió la pérdida de la vida
- 7.- Hora en que ocurrió la pérdida de la vida
- 8.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
- 9.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador
- 10.-Nombre completo del familiar que otorga el consentimiento
- 11.-Parentesco del familiar del potencial donante
- 12.-Nombre del potencial donante
- 13.-Organos y/o tejidos que se donaran
- 14.-Nombre completo del familiar del potencial donante
- 15.-Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a) Unión libre
- 16.-Fecha de nacimiento día / mes / año
- 17.-Último grado de estudios
- 18.-Ocupación habitual
- 19.-Nombre de la calle, Numero exterior
- 20.-Colonia o Localidad
- 21.-Delegación política o municipio
- 22.-Entidad Federativa
- 23.-Codigo postal
- 24.-Ciudad
- 25.- Firma del familiar que otorga el consentimiento
- 26.- Nombre completo del testigo del potencial donante
- 27.- Parentesco del testigo del potencial donante
- 28.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
- 29.- Colonia o Localidad
- 30.- Delegación política o municipio
- 31.- Entidad Federativa
- 32.- Código postal
- 33.- Ciudad
- 34.- Nombre completo del testigo del potencial donante
- 35.- Parentesco del testigo del potencial donante
- 36.- Nombre de la calle, núm. exterior, núm. Inter, del testigo del potencial donante
- 37.- Colonia o Localidad
- 38.- Delegación política o municipio
- 39.- Entidad Federativa
- 40.- Código postal
- 41.- Ciudad
- 42.- Firma del primer testigo del potencial donante
- 43.- Firma del segundo testigo del potencial donante

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

62/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 16. Certificado de pérdida de la vida para la disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines de Trasplante. (CENATRA). (Anverso y reverso)



CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÚLULAS CON FINES DE TRASPLANTE.

Médico que certifica: \_\_\_\_\_  
 Cédula Profesional Número: \_\_\_\_\_  
 Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,  
 El / la C. \_\_\_\_\_  
 Quien se encuentra en la cama/cuarto/núm. \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_  
 del hospital \_\_\_\_\_  
 ubicado en \_\_\_\_\_  
 ha perdido la vida.  
 De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte encefálica.  
 En el mismo artículo se establece que la muerte encefálica se presenta cuando existen los siguientes signos:  
 I. Ausencia completa y permanente de conciencia.  
 II. Ausencia permanente de respiración espontánea.  
 III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.  
 Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y la muerte encefálica se ha corroborado a través de la(s) siguiente (s) prueba (s): \_\_\_\_\_  
 Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PERDIDA DE LA VIDA de,  
 El / la C. \_\_\_\_\_  
 ocurrida en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_  
 del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase acudir al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) a los teléfonos 01 55 24 87 99 92 ext 31430 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República al 01 800 22 36 202, e al 044 35 04 51 59 26 o al 01 55 54 57 00 00.

Carretera Priacho Ajusco No. 154, 6º piso, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 04210, Demarcación Territorial Tlalpan, México, Ciudad de México, Tel. (55) 54879902, www.gob.mx/cenatratr



Handwritten signatures and initials on the right side of the form.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

63/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones. Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT)  
ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.**

- 1.- Nombre del médico que certifica.
- 2.- Número de Cédula Profesional del médico que certifica.
- 3.- Nombre completo del potencial donante.
- 4.- Número de cama donde se encuentra el potencial donante.
- 5.- Área hospitalaria donde se ubica al potencial donante.
- 6.- Nombre completo del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
- 7.- Ubicación del hospital donde se encuentra hospitalizado el donador.
- 8.- Estudio electrofísico que demuestra ausencia de la actividad eléctrica y o del gabinete que demuestre ausencia de flujo intracraneal. Anotar uno solo. Fecha y hora del estudio.
- 9.- Nombre completo del potencial donante.
- 10.- Ciudad, hora, día, mes y año en que ocurrió la pérdida de la vida.
- 11.- Nombre y firma del médico que certifica la pérdida de la vida.

Carretera Potosino Ajusto No. 154, 6º piso, Col. Jardines en la Montaña, C.P. 34210, Demarcación Territorial Tlalcan, México, Ciudad de México, Tel: (55) 54879902 - www.gob.mx/cenatras



Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

64/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 17. Formato de custodia y guarda de Órganos, Tejidos y Células procedentes de Donación Cadavérica. (CENATRA). (Anverso y reverso)



Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Establecimiento Generador**

(1) Nombre del establecimiento donde se generó la donación:

Institución: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_ RNT: \_\_\_\_\_

(2) Iniciales del donador: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

(3) Fecha de procuración: \_\_\_\_\_

(4) Fecha y hora de certificación de pérdida de la vida: \_\_\_\_\_

(5) Número de expediente del establecimiento generador (opcional): \_\_\_\_\_

(6) Diagnóstico de pérdida de la vida: \_\_\_\_\_

(7) Órgano o Tejido a custodiar (si es órgano o tejido par, especificarlo): \_\_\_\_\_

(8) Nombre y firma del Coordinador de Donación de Órganos y Tejidos: \_\_\_\_\_

(9) Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): \_\_\_\_\_

---

**Establecimiento Receptor**

(10) Nombre del establecimiento receptor de los órganos y/o tejidos:

Institución: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_ RNT: \_\_\_\_\_

(11) Nombre y Cargo del Responsable de la custodia del órgano o tejido:

Firma: \_\_\_\_\_

(12) Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): \_\_\_\_\_

*[Handwritten signatures and initials on the right side of the form]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL DOCUMENTO DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (SIRNT).  
ESTE FORMATO DEBERA LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.**

1. Llenar con lugar y fecha del día en que se realiza la custodia (día/mes/año)
2. Escribir nombre completo y RNT del hospital donde se encuentra el donante.
3. Escribir iniciales del donador comenzando por apellidos, edad en números enteros y sexo Masculino o Femenino
4. Fecha en que se realizó la procuración (día/mes/año)
5. Escribir fecha y hora que se encuentran en el certificado de pérdida de la vida.
6. Llenar con número de registro o identificación del paciente dentro del establecimiento
7. Escribir diagnóstico que se encuentra en certificado de pérdida de la vida.
8. Llenar con nombre y número de tejidos que se van a custodiar
9. Escribir nombre, firma y número de la identificación oficial correspondiente del coordinador hospitalario de donación del establecimiento generador.
10. Escribir nombre completo y RNT del establecimiento que recibió el órgano y/o tejido.
11. Escribir nombre, firma, número de la identificación oficial correspondiente y cargo dentro del establecimiento que ostenta el responsable de la custodia de los órganos y/o tejidos.

No aplica para banco.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

66/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 18. Guía de Elaboración del Acta del Comité Interno de Coordinación de Donación o Trasplantes. (CENATRA)**



**SECRETARÍA DE SALUD**

**CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES**

**GUÍA DE ELABORACIÓN DEL ACTA DEL COMITÉ INTERNO DE COORDINACIÓN DE DONACIÓN O TRASPLANTES**

1. Fecha, hora y lugar de sesión y elaboración del acta del Comité Interno
2. Datos generales del Establecimiento
  - a. Nombre del Establecimiento
  - b. Institución
  - c. Domicilio
3. Integrantes del Comité Interno
  - a. Presidente (Director General o su inmediato inferior)
  - b. Secretario Técnico (Coordinador Hospitalario de Donación)
  - c. Vocales (Responsables por programa autorizado)
4. Orden del Día
  - a. Donaciones efectuadas
    - i. Datos de identificación del donante de órganos o tejidos (nombre, edad, sexo, peso y talla)
    - ii. Grupo sanguíneo del donante
    - iii. Diagnóstico de muerte encefálica (causa, estudio complementario, fecha y hora de certificación)
    - iv. Órganos y/o tejidos procurados en la donación
    - v. Distribución de los órganos y/o tejidos, de acuerdo a la normativa (nombre del establecimiento destino)
    - vi. Hora de procuración (inicio y finalización de procuración, hora de pinzamiento)
  - b. Trasplantes efectuados
    - i. Datos de identificación del donante de órganos y/o tejidos (nombre, edad, sexo, peso y talla)
    - ii. Grupo sanguíneo del donante
    - iii. Establecimiento generador del donante
    - iv. Órgano trasplantado
    - v. Datos de identificación del receptor (nombre, edad, sexo)
    - vi. Grupo sanguíneo del receptor
    - vii. Criterios de asignación del órgano o tejido al receptor, de acuerdo a la normativa
    - viii. Fecha y hora de inicio del procedimiento de trasplante
5. Nombre y firmas de los integrantes del comité presentes

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

**Anexo 19. Acta de Actualización del Comité Interno de Trasplantes. (CENATRA). (Anverso y reverso)**



SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES



**ACTA DE ACTUALIZACIÓN DEL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES**

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, siendo las \_\_\_\_\_ horas, en las instalaciones de la Institución \_\_\_\_\_, se reúnen el \_\_\_\_\_, Responsable Sanitario de la Institución, y sus colaboradores, con la finalidad de **ACTUALIZAR EL COMITÉ INTERNO DE TRASPLANTES**, Órgano de Asesoría del Cuerpo de Gobierno para elevar la calidad de la atención médica a través de mejorar continuamente los programas que ofrece la unidad hospitalaria. Lo anterior de conformidad con el artículo 316 de la Ley General de Salud y con lo estipulado en el Manual de Organización de los Comités Técnicos de los Hospitales, quedando integrado el Comité como sigue:

**COMITÉ DE TRASPLANTES**

NOMBRE	PUESTO EN EL HOSPITAL	PUESTO EN EL COMITÉ	FIRMA	TELÉFONO
	Responsable Sanitario	Presidente del Comité		
	Coordinador de Trasplantes	Secretario		
	Responsable de la Coordinación de Donación	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Córnea	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante Renal	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante Hepático	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante Cardíaco	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Células Hematopoyéticas	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Pulmón	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Hueso	Vocal		
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Piel	Vocal		

*(Handwritten signatures and initials on the left side of the page)*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

68/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES



NOMBRE	PUESTO EN EL HOSPITAL	PUESTO EN EL COMITÉ	FIRMA	TELÉFONO
	Responsable del Subcomité de Trasplante de Tejidos Cardiovasculares	Vocal		
	Responsable de Áreas Críticas	Vocal		

Previa lectura de la presente y no habiendo más que hacer constar, se da por concluida a las \_\_\_\_\_ horas. Firmando para constancia en todas sus hojas y al calce de los que en ella intervinieron.  
En caso de cese o cambios de funciones de quien los preside, enviar al Registro Nacional de Trasplantes un nuevo formato de actualización con las modificaciones correspondientes.

*[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

69/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 20. Acta de Intervención para la disposición de Órganos y Tejidos de Cadáveres a los que se ordena la necropsia. (CENATRA) (Anverso y reverso)



SECRETARÍA DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVERES A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso. Llénesse con letra de molde legible o a máquina.

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre o Razón Social		Número de Licencia sanitaria	
Calle y Número		Colonia o Localidad	
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Teléfono (s)

2.- DATOS DEL DONADOR O DONANTE

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Edad	Sexo
Causa de Muerte				
Con certificación de pérdida de la vida, dada en la Ciudad de _____ a las _____ horas del día _____ del mes _____ del año _____				

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER

Órganos y Tejidos que se van a obtener:

---



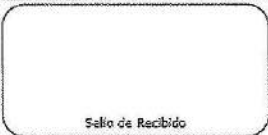
---



---

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO

Número de la agencia		Colonia o Localidad	
Calle y Número		Código Postal	
Delegación política o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Teléfono (s)
Turno	Mesa		



5.- COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES

Bajo protesta de decir la verdad manifiesto contar con las autorizaciones sanitarias correspondientes, así como cumplir y hacer cumplir los ordenamientos legales en materia de donación, trasplantes y necropsia de seres humanos.

Nombre y Firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes

El presente documento se encuentra disponible en formato electrónico en los artículos 238, 343 y 344 de la Ley General de Salud, y en el artículo 59 de Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Centro Hospitalario para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células de Seres Humanos. Para cualquier duda o comentario consulte a este trámite, al área de Atención al Ciudadano (CENATRA) a las oficinas Salud-02-02 en el D.F. y área nacional, del interior de la República en caso de llamar al 01-800-00-0480, o al 1-800-894-7372 desde Estados Unidos y Canadá o el Centro Nacional de Trasplantes en el Cuernavaca México al 06-21-14-02 o desde el exterior de la República al 01-800-270-7842.

*[Handwritten signatures and marks on the left side of the page]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

70/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CCINSHAE**  
COMISIÓN COORDINADORA INTERSECTORIAL DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CADENA DE ATENCIÓN DE TRASPLANTES

**CENATRA**  
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

**INSTRUCTIVO DE LLENADO  
ACTA DE INTERVENCIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADAVERES  
A LOS QUE SE ORDENA LA NECROPSIA.**

**1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

- o Anotar el nombre o razón social.
- o Anotar el número de Licencia Sanitaria otorgada por el Centro Nacional de Trasplantes.
- o Anotar la calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad, Estado.

**2.- DATOS DEL DONANTE O DISPONENTE**

- o Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre (s)).
- o Anotar la edad y el sexo.
- o Anotar la causa de la muerte (ejemplo: Muerte Cerebral secundaria a H.P.A.F. perforante de cráneo).
- o Anotar la ciudad, hora, día, mes, y año en que se haya certificado la pérdida de la vida.

**3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS O TEJIDOS A OBTENER**

- o Anotar que órganos o tejidos se van a obtener (ejemplo: riñón, derecho, hígado y córneas, etc.)

**4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO**

- o Anotar el número de la agencia del ministerio público en donde se lleva la averiguación previa.
- o Anotar la calle y número donde se encuentra.
- o Anotar el turno y la mesa donde se lleva la averiguación previa.
- o Anotar la fecha (día, mes y año).
- o Sello de recibido

**5.- NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTES**

- o Anotar nombre y firma del Coordinador Hospitalario de Trasplantes.

*[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]*

**ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN, EN HOJA TAMAÑO CARTA.  
LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.  
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.**



Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 21. Evaluación del Potencial Donador. (CENATRA) (Anverso y reverso)



EVALUACION DEL POTENCIAL DONADOR

Fecha \_\_\_\_\_ Reg. \_\_\_\_\_  
Hospital \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
Generador \_\_\_\_\_  
Nombre del Donador \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_

AHF: \_\_\_\_\_

APNP: Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_

Tatuajes \_\_\_\_\_ Promiscuidad \_\_\_\_\_ Relaciones sexuales de alto riesgo \_\_\_\_\_

APP: Cirugías Previas: \_\_\_\_\_

Transfusiones: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_

Diagnostico:

Causa de Muerte Encefálica:

Método Diagnóstico: Clínico  EEG  Angiografía  Ultrasonido Doppler

Autorización Familiar \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué órganos y tejidos desea donar la familia? \_\_\_\_\_

Eventos de Paro Cardíaco o Hipotensión \_\_\_\_\_

Perímetro Abdominal \_\_\_\_\_ Perímetro Torácico \_\_\_\_\_

Uso de aminas:

Dosis  
1ra. \_\_\_\_\_  
2ra. \_\_\_\_\_

Proyecto de forma realizada por personal de los Hospitales y Centros de la SESEQ, en colaboración con el CENATRA

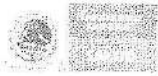
*[Handwritten signatures and initials on the left margin]*

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

72/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMHTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.



Uso de Soluciones IV.

1 ra. \_\_\_\_\_

2 ra. \_\_\_\_\_

3 ra. \_\_\_\_\_

Fecha/Hora	TA	FC	FR	Temperatura	Dirección/Hora

Grupo Sanguíneo

BH	HR	Htg	Leucos	Plaquetas

Química Sanguínea				
Glucosa	BUN	Creatinina	Urea	

Electrolitos Séricos				
Na	K	Cl		

PFH				
Albumina	AST (TGO)	ALT (TGP)	Bilirrubina T	Bilirrubina D

Tiempos de Coagulación				
TP	TTP	ENR		

Formato de formato realizado por personal de los Servicios de Transplante de la SESEQ en colaboración con OCEMATRA.

Infectología				
HIV K	VHC	VHE	VHA	VDRL

Handwritten signatures and initials on the right side of the form.

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

73/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.

Clave: U500-DSMTRAS-P01 Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en hospitales de SESEQ.

Anexo 22. Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica. (CENATRA) (Anverso y reverso)



Propuesta de formato de custodia y guarda de órganos, tejidos y células procedentes de donación cadavérica

Fecha: \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_

Handwritten signatures on the left side of the form.

**Establecimiento Generador**

1) Nombre del establecimiento donde se generó la donación:

Institución: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_ RNT: \_\_\_\_\_

2) Iniciales del donador: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

3) Fecha de procuración: \_\_\_\_\_

4) Fecha y hora de certificación de pérdida de la vida: \_\_\_\_\_

5) Número de expediente del establecimiento generador (opcional): \_\_\_\_\_

6) Diagnóstico de pérdida de la vida: \_\_\_\_\_

7) Órgano o Tejido a custodiar (si es órgano o tejido par, especificar lado): \_\_\_\_\_

8) Nombre y firma del Coordinador de Donación de Órganos y Tejidos: \_\_\_\_\_

9) Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): \_\_\_\_\_

**Establecimiento Receptor**

10) Nombre del establecimiento receptor de los órganos y/o tejidos:

Institución: \_\_\_\_\_ Entidad federativa: \_\_\_\_\_ RNT: \_\_\_\_\_

11) Nombre y Cargo del Responsable de la custodia del órgano o tejido:

Firma: \_\_\_\_\_

12) Número de Identificación oficial (Cédula Profesional, IFE, Pasaporte): \_\_\_\_\_

Vigencia a partir de: Firma de autoridades.

74/75

Tiempo en activo: Mientras no existan modificaciones.  
Tiempo en archivo muerto: 5 Años.





PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE  
**QUERÉTARO**  
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

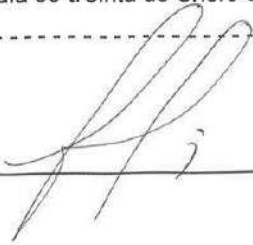
ORGANISMO: SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN.  
DOMICILIO: 16 DE SEPTIEMBRE NO. 51 ORIENTE, COL. CENTRO, SANTIAGO DE QUERÉTARO.  
ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS.

-----CERTIFICACIÓN-----

DE SAL  
R

IÓN  
CIÓN

En la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a 12 doce de Febrero de 2020 dos mil veinte, el que suscribe, **Lic. Raúl Rodríguez Reyes**, Director de Planeación del Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud del Estado de Querétaro. **CERTIFICO**. Que la presente copia compuesta de **38 (treinta y ocho)** fojas útiles por ambos lados, las cuales concuerdan fiel y exactamente con el original, documento que tuve a la vista y con el cual se cotejó, consistente en el Procedimiento para la atención en el proceso de donación de órganos y tejidos confines de trasplante en Hospitales de SESEQ con fecha de validación Agosto de 2019. Lo anterior con fundamento en los artículo 11 fracción I, 15 fracción XVI del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal denominado "Servicios de Salud del Estado de Querétaro" (SESEQ), publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga", el pasado día 30 treinta de enero del año 2015 dos mil quince. -----

  
\_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SALUD  
SESEQ

DIRECCIÓN  
DE PLANEACIÓN