

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ABLACION Y TRASPLANTE - I.N.A.T.**  
**Form A11. Registro Nacional de Muerte Cerebral (LEY 1246/98)**

Form. No. _____				
Datos del Centro Hospitalario - UTI :			Cód. Id INAT	
Dirección:		Profesional Responsable :		
<b>1. Información del paciente con muerte cerebral</b>	1.1 Fecha de M.C.	1.2 Hora de M.C.		
	1.3 Nombre y Apellidos			
	1.4 Fecha de Nacimiento	1.5 Edad	1.6 Sexo	
	1.7 Grupo Sanguineo			
	1.8 Residencia	1.8.1 Ciudad		
		1.8.2 Dep. / Localidad		
	1.10 Ciudadanía	1.9.1 Paraguaya		
		1.9.2 Extranjera		
		1.9.3 Desconocida		
1.10 Raza / Etnia	1.11 Diagnostico: Clínica: E.E.G. Otros			
<b>2. Causa del fallecimiento</b>	2.1 Anoxia			
	2.2 Accidente cerebrovascular			
	2.3 Traumatismo cráneo-encefálico			
	2.4 Tumor cerebral			
	2.5 Otros (especificar)			
<b>3. Mecanismos de fallecimiento</b>	3.1 Ahogamiento			
	3.2 Convulsiones			
	3.3 Intoxicación por drogas			
	3.4 Asfixia			
	3.5 Cardiovascular			
	3.6 Electrocuicion			
	3.7 Herida de arma de fuego			
	3.8 Herida por arma blanca			
	3.9 Muerte súbita infantil			
	3.10 Hemorragia intracraneal/Stroke			
	3.11 Subsidio / Otros			
<b>4. Se reportó la muerte a un Médico Forense?</b>	4.1 No		4.2 Sí	
	<b>5. Actitud de la Familia ante la donación</b>	5.1 Se habló de la donación con un familiar(es)?	No	Sí
5.2 Se autorizó la donación por		5.2.1 Iniciativa familiar		
		5.2.2 Iniciativa Médica		
		5.2.3 Iniciativa de Enfermera		
		5.2.4 Sacerdote		
		5.2.5 Trabajador Social		
		5.2.6 Coordinador INAT		
5.2.7 Otros (especificar)				
<b>6. Condiciones del donante para la donación</b>	6.1 Aceptable			
	6.2 No Aceptable	6.2.1 HIV +		6.2.2 HCV+
		6.2.3 Hepatitis B+		
		6.2.4 Criterio de muerte cerebral no satisfactorio		
		6.2.5 Historia médica		
		6.2.6 Historia social		
		6.2.7 Cáncer		
		6.2.8 Edad		
		6.2.9 Otros		