



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para la entrevista familiar, distribución, extracción, resguardo, traslado y registro de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social
2G00-003-002

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Elaboró

Dr. Pedro Paz Solís

Titular de la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células

COORDINACIÓN DE MODERNIZACIÓN
Y COMPETITIVIDAD

MOVIMIENTO VALIDADO Y REGISTRADO

ACTUALIZACIÓN 09 DIC. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

| | | Página |
|---------|---|---------------|
| 1 | Base normativa | 4 |
| 2 | Objetivo | 4 |
| 3 | Ámbito de aplicación | 4 |
| 4 | Definiciones | 5 |
| 5 | Políticas | 10 |
| 6 | Descripción de actividades | 14 |
| 7 | Diagrama de flujo | 34 |
| | Anexos | |
| Anexo 1 | Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante Clave: 2G00-009-004 | 48 |
| Anexo 2 | Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante Clave: 2G00-009-005 | 56 |
| Anexo 3 | Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante. Clave: 2G00-009-006 | 60 |
| Anexo 4 | Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia. Clave: 2G00-009-007 | 68 |
| Anexo 5 | Instrucciones para realizar la intervención ministerial del proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante. Clave: 2G00-005-001 | 75 |
| Anexo 6 | Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias con Programas de Trasplante. Clave: 2G00-009-008 | 79 |



| | | |
|----------|--|-----|
| Anexo 7 | Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica. Clave: 2G00-009-009 | 86 |
| Anexo 8 | Hoja de verificación de los documentos que conforman la carpeta de donación. Clave: 2G00-011-001 | 94 |
| Anexo 9 | Formato de traslado de órganos y/o tejidos con fines de trasplante. Clave: 2G00-009-010 | 100 |
| Anexo 10 | Lineamiento para la asesoría en trámites administrativos, legales y laborales a la familia del donador cadavérico de órganos y/o tejidos con fines de trasplante. Clave: 2G00-013-001 | 105 |
| Anexo 11 | Reporte de donaciones cadavéricas en Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social. Clave: 2G00-014-001 | 108 |



1 Base normativa

- Artículos 1º, 2º fracción II, 3º fracción XXVIII, Título Décimo Cuarto Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida, de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014.
- Artículo 82, Fracción XVI del Reglamento Interior de Instituto Mexicano del Seguro Social, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Numeral 7.1.5, primer párrafo del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, clave 2000-002-001, registrado el 08 de octubre de 2021.

2 Objetivo

Establecer los elementos normativos que el personal de salud debe cumplir durante el proceso de donación cadavérica; delimitando la responsabilidad administrativa y legal del Cuerpo de Gobierno, del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes, del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, y de los Jefes, Encargados o Responsables de las áreas o servicios de trasplantes, en la entrevista familiar, distribución, extracción, resguardo, traslado y registro de los órganos y tejidos, procedentes de donadores cadavéricos, en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel de Atención que cuentan con Licencia Sanitaria para Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria para el personal que labora en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel de Atención, que cuentan con Licencia Sanitaria para Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante



4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 Áreas o servicios de trasplante: El conjunto de programas autorizados a un Establecimiento de Salud para proporcionar atención, en forma integral, a los pacientes que requieren de un trasplante de un órgano, tejido o célula; coordinado por el Comité Interno de Trasplantes. Artículo 2, fracción XIV del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

4.2 carpeta de donación: Conjunto de documentos relacionados con el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante.

4.3 CENATRA: Centro Nacional de Trasplantes es el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud encargado de emitir las políticas de salud en materia de donación y de trasplantes de órganos y tejidos, así como supervisar el cumplimiento de la normativa aplicable.

4.4 cirugía de extracción: Evento quirúrgico que se lleva a cabo para la obtención, con fines de trasplante, de órganos y tejidos de un donador cadavérico.

4.5 Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos: Grupo multidisciplinario al que se refiere el Artículo 316 de la Ley General de Salud, responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos y células, de conformidad con lo que establece la presente Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Trasplantes.

4.6 Comité Interno de Trasplantes: Grupo multidisciplinario a que se refiere el Artículo 316 de la Ley General de Salud, que se integra en cada establecimiento, para llevar a cabo actos de disposición de órganos y tejidos, en las modalidades de procuración y/o trasplantes, conformado por el personal considerado en el Artículo 32 y que realiza las funciones que le asigna el Artículo 33 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

4.7 Coordinación Institucional de Donación y Trasplante: Representación nombrada por cada Institución de Salud en el país ante la Secretaría de Salud, con el fin de atender en el ámbito de su competencia, las políticas en salud en materia de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, que en el Instituto Mexicano del Seguro Social es la Coordinación de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (CDTOTC), dependiente de la Dirección de Prestaciones Médicas.

4.8 Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos: El médico especialista o general, debidamente capacitado por la Secretaría de Salud, que realiza las funciones de procuración de órganos a que se refiere la Ley General de Salud en los Artículos 314 y 316 bis



4.9 disponente secundario: Persona señalada en el Artículo 314 de la Ley General de Salud alguna de las siguientes personas; él o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.

4.10 disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante: El conjunto de actividades relativas a la obtención, extracción, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de órganos, tejidos, componentes de tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos; de conformidad con el Artículo 314, fracción XVII de La Ley General de Salud.

4.11 distribución: Proceso a través del cual se determina la Unidad Médica Hospitalaria, donde serán trasplantados los órganos y tejidos de un donador cadavérico, de acuerdo con la “Lista de distribución de Órganos y Tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social con Programas de Trasplante”, previamente aprobada por el Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes.

4.12 donación: Consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

4.13 donación concretada: Proceso de donación cadavérica que concluye con la extracción de un órgano y/o tejido.

4.14 donación no concretada: Proceso de donación cadavérica que concluye en cualquiera de las etapas previas a la extracción de un órgano y/o tejido.

4.15 donador cadavérico: Persona en quien se ha comprobado la pérdida de la vida, del cual hay consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos, y le han sido extraídos quirúrgicamente órganos y/o tejidos viables con fines de trasplante.

4.16 embalaje: Envoltura estéril, en un medio de preservación y con temperatura de 8 grados centígrados, que otorga protección a un órgano o tejido después de su extracción con la finalidad de conservar su viabilidad.

4.17 entrevista familiar: Acto mediante el cual el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos puntualiza a los familiares del potencial donador, la información relativa a la pérdida de la vida resuelve dudas y solicita al disponente secundario el consentimiento para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante.

4.18 expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, ópticos o magneto ópticos, en el cual, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias aplicables.



4.19 intervención ministerial: Procedimiento administrativo-legal relacionado con la obtención de la anuencia del Ministerio Público en las donaciones de órganos y tejidos, de personas fallecidas en casos medicolegales, para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

4.20 Jefe, Encargado o Responsable de área o servicio de trasplante: Médico No Familiar responsable de planificar, coordinar y supervisar las actividades del Área o Servicio de trasplantes.

4.21 Licencia Sanitaria para Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante: Autorización que otorga la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, a aquellos establecimientos públicos o privados que cuenten con la capacidad instalada y funcional, para realizar actos de disposición de órganos y/o tejidos con fines terapéuticos.

4.22 médico tratante: Profesional de la salud con categoría de Médico No Familiar que durante las horas de jornada laboral institucional tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico, tratamiento y prevención del daño de los pacientes a su cargo.

4.23 Ministerio Público: Organismo público estatal o federal al que se atribuye la representación de los intereses de la sociedad al dirigir la investigación de posibles hechos delictivos, proteger a las víctimas y testigos; y sustentar la acción penal pública.

4.24 muerte encefálica (ME): Cuando se verifican los siguientes signos: ausencia completa y permanente de conciencia, ausencia permanente de la respiración espontánea y ausencia de los reflejos de tallo cerebral, corroborada por un estudio que demuestra ausencia de la actividad eléctrica o del flujo sanguíneo cerebral. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Desde el punto de vista funcional, la muerte encefálica es el cese irreversible de todas las funciones del tallo y los hemisferios cerebrales.

4.25 órgano: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes, que mantiene de modo autónomo su estructura, vascularización y capacidad de desarrollar funciones fisiológicas

4.26 parada cardíaca: Es el cese de la actividad mecánica y eléctrica del corazón, que resulta en la ausencia de circulación sanguínea.

4.27 potencial donador de órganos y tejidos: Paciente con daño neurológico grave y que fallece en situación de muerte encefálica.

4.28 potencial donador de tejidos: Pacientes que fallecen por parada cardíaca.

4.29 procuración de órganos: Al proceso y las actividades dirigidas a promover la obtención oportuna de órganos, tejidos y células donados para su trasplante



4.30 receptor: Usuario de los servicios, el asegurado, el pensionado y los beneficiarios de ambos que en los términos de la Ley tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto, como lo marca la Ley del Seguro Social y ha sido aceptado por el Comité Interno de Trasplantes para ser receptor de un órgano, tejido o célula, además de haber sido inscrito en el Registro Nacional de Trasplantes.

4.31 responsable de la cirugía de extracción: Médico No Familiar con capacitación o adiestramiento en trasplante de órganos sólidos y/o tejidos compuestos; para el caso de tejidos simples puede ser un personal técnico o médico capacitado en su extracción.

4.32 responsable del resguardo: Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos; Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplantes, o del Banco de Tejidos; responsable de la custodia del órgano y/o tejido.

4.33 responsable del traslado: Integrante del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos o del Comité Interno de Trasplantes designado como responsable del traslado de un órgano o tejido.

4.34 tejido: Entidad anatómica y funcional compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función.

4.35 trasplante: Procedimiento quirúrgico que implica la transferencia de un órgano, tejido o células, de una parte del cuerpo a otra o de un individuo a otro y que se integra al organismo, cuyo propósito es restablecer la función perdida de un órgano o tejido, sustituyéndolo por uno funcional.

4.36 trazabilidad: Capacidad de localizar e identificar los órganos, tejidos, sus componentes y células, en cualquier momento, desde la donación hasta el uso terapéutico, procesamiento o destino final. NOTA destino final: la conservación permanente, inhumación, incineración, desintegración e inactivación de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos incluyendo los de embriones y fetos, en condiciones sanitarias permitidas por la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

4.37 Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel: Establecimiento asistencial en materia de salud, integrado al Segundo Nivel de Atención para los derechohabientes remitidos, de acuerdo con la complejidad de su padecimiento y la zona que les corresponda para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación.

4.38 Unidad Médica Hospitalaria de Tercer Nivel: Establecimiento asistencial en materia de salud, integrado a las Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAE) que cuentan con la capacidad tecnológica y máxima resolución diagnóstica y terapéutica. En este nivel se atiende a los pacientes que los Hospitales del Segundo Nivel de Atención remiten o por excepción los que envíen las Unidades del Primer Nivel, de conformidad con la complejidad del padecimiento.



4.39 viabilidad: Probabilidad que tiene el órgano y/o tejido durante las fases del mantenimiento y la cirugía de extracción de ser obtenido en las mejores condiciones biológicas que le permitan el óptimo funcionamiento de este, posterior al trasplante.

5 Políticas

5.1 Generales

5.1.1 El presente documento actualizará y dejará sin efecto al “Procedimiento para la distribución y resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica en Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con programas de trasplante e información de su actividad a los Organismos Federales competentes” clave 2400-003-004, registrado 21 de julio de 2010.

5.1.2 El lenguaje empleado en el presente documento, en los anexos y formatos, no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos.

5.1.3 El incumplimiento de los servidores públicos involucrados en el presente documento será causal de las responsabilidades que resulten conforme a la “Ley General de Responsabilidades Administrativas” y demás disposiciones aplicables.

5.1.4 La Coordinación Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células tendrá la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos.

5.2 Específicas

5.2.1 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria implementará y supervisará las acciones para que todo potencial donador sea evaluado por las áreas de hospitalización, áreas críticas y por el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, con la finalidad de optimizar el número de donadores y con ello, dar atención a los derechohabientes que requieran un trasplante.

5.2.2 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria gestionará hasta obtener ante las autoridades institucionales respectivas, la disponibilidad del mobiliario y un área física para que se lleve a cabo la entrevista familiar, misma que deberá cumplir con los requisitos de privacidad, ambiente adecuado y espacio suficiente, de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes

5.2.3 El Cuerpo de Gobierno, el Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes, el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, el personal de la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo y Tercer Nivel de Atención que cuentan con Licencia Sanitaria para Disposición de Órganos, Tejidos y Células con fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante, guardarán estricta confidencialidad sobre la información personal del donador cadavérico y sus familiares



5.2.4 El Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes de la Unidad Médica Hospitalaria determinará, en apego a lo establecido en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, el orden en la “Lista de distribución de órganos y/o tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programa de Trasplante” para lo cual deberán considerar la regionalización institucional, la disponibilidad de receptores y/o la viabilidad del órgano.

5.2.5 El Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes tomará en cuenta para la distribución de órganos y tejidos, las urgencias nacionales y las prioridades de asignación y publicadas en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT). Las prioridades de asignación serán evaluadas de acuerdo con la edad del receptor, su gravedad y a la oportunidad del trasplante.

5.2.6 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria proveerá conjuntamente con el área normativa responsable todos los recursos (equipo de cómputo, red virtual, telefonía celular, telefonía de larga distancia e Internet, entre otros), para que el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos informe que existe un potencial donador a los Jefes, Encargados o Responsables de las áreas o servicios de trasplantes, a la CDTOTC y al CENATRA.

5.2.7 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, en su calidad de responsable del proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, notificará al Área de Donación de la CDTOTC y al CENATRA en tiempo real del proceso de donación cadavérica, procuración, distribución y trasplante, proporcionando de manera oportuna y expedita los documentos que se le soliciten, con la finalidad de verificar la legalidad y transparencia del proceso.

5.2.8 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos notificará al Área de Donación de la CDTOTC cuando los programas de trasplante del IMSS no puedan llevar a cabo la distribución en el Instituto, de los órganos y/o tejidos procedentes de donación cadavérica; así mismo, informará al CENATRA para que dicha Institución proporcione la información de los programas de trasplante extrainstitucionales que cuenten con receptores inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes.

5.2.9 El Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes, establecerá los mecanismos necesarios para evitar que ingresen a la Unidad Médica Hospitalaria, personal o programas de trasplantes ajenos al IMSS, exceptuando lo dispuesto en las políticas 5.2.4, 5.2.5 y 5.2.8 de este procedimiento. Así mismo, notificará al Área de Donación de la CDTOTC.

5.2.10 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria, donde se identifique un potencial donador y en caso de no contar con un Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, será el responsable o asignará al personal para realizar las acciones necesarias y concretar el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, con la notificación correspondiente a la CDTOTC.



5.2.11 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, apoyará a concretar procesos de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante en otras Instituciones de Salud públicas, cuando se le solicite, con autorización de la CDTOTC y del Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria. Así mismo, si no se cuenta con Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos en las unidades médicas hospitalarias del IMSS para concretar los procesos de donación cadavérica de órganos y tejidos con fines de trasplante, la CDTOTC solicitará la autorización y el apoyo a las instituciones de Salud Publicas externas y al CENATRA.

5.2.12 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria donde se lleve a cabo el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante o en su ausencia, el Coordinador Clínico o Coordinador Médico de turno, realizarán las acciones necesarias para la programación y cumplimiento de la cirugía de extracción, así como para el resguardo adecuado de órganos y tejidos obtenidos con fines de trasplante.

5.2.13 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria en la que se concrete la donación o en el que se realiza el trasplante, designará al personal responsable y facilitará los recursos necesarios para el traslado de los órganos y/o tejidos extraídos.

5.2.14 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos apoyará el traslado de los órganos o tejidos, para urgencias nacionales o asignaciones prioritarias, a cualquier Unidad Médica Hospitalaria del IMSS, previa autorización de la CDTOTC y del Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria de adscripción.

5.2.15 El Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria otorgará las facilidades necesarias para que el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos acuda a la Agencia del Ministerio Público correspondiente, cuando el proceso de donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante requiera la intervención ministerial, en los términos señalados en la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes y demás disposiciones aplicables.

5.2.16 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos mantendrá comunicación permanente y oportuna con los Jefes, Encargados o Responsables de las áreas o servicios de trasplante, informando sobre el proceso de donación, con la finalidad de evaluar los órganos y tejidos en tiempo real, acortar los tiempos de isquemia y así garantizar su viabilidad.

5.2.17 El Director de la Unidad Médica Hospitalaria validará la información que el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos envíe a la CDTOTC; así como la registrada en el SIRNT.

5.2.18 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos elaborará la carpeta de donación y la resguardará durante un periodo mínimo de diez años, a efecto de presentarlas cuando sea solicitada por alguna autoridad sanitaria. Así mismo, identificará el expediente clínico del donador y le escribirá la leyenda de "No Depurable, donador de



órganos” en el momento de entregarlo al archivo clínico, al finalizar el proceso de donación.

5.2.19 El Jefe de las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico vigilará que los expedientes clínicos de los donadores de órganos y/o tejidos no sean depurados durante un periodo de diez años de acuerdo con el Catálogo de Disposición Documental del IMSS.

5.2.20 El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, con el apoyo del Director de la Unidad Médica Hospitalaria y del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplante, participará de manera activa en la difusión, capacitación e implementación de este procedimiento en todas las áreas involucradas del proceso y recabará la evidencia documental de las actividades realizadas.

5.2.21 El presente procedimiento NO podrá ser modificado mediante Método Específico de Trabajo.



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| <p data-bbox="147 247 493 317">6 Descripción de actividades</p> <p data-bbox="147 541 597 611">Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos</p> <p data-bbox="147 1163 597 1268">Trabajadora Social asignada y/o Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos</p> <p data-bbox="147 1419 597 1488">Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos</p> | <p data-bbox="704 321 1393 426">Etapa 1 Entrevista familiar y solicitud de intervención ministerial</p> <p data-bbox="906 468 1192 499">Entrevista Familiar</p> <ol data-bbox="634 541 1464 1709" style="list-style-type: none"><li data-bbox="634 541 1464 831">1. Revisa que se haya elaborado y firmado el “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-009-004 (Anexo 1), cuando se trate de un potencial donador con muerte encefálica o la “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” en la que se consigna el fallecimiento del potencial donador (nota de egreso por defunción).<li data-bbox="634 869 1464 1121">2. Solicita a la Trabajadora Social asignada al proceso de Donación de Órganos y Tejidos que identifique a los familiares del potencial donador y los invite a presentarse en la Oficina de la Coordinación Hospitalaria de Donación, para realizar la entrevista de solicitud de autorización para disposición de los órganos y tejidos procedentes de cadáver.<li data-bbox="634 1163 1464 1373">3. Identifica a los familiares del potencial donador y los invita a presentarse en la Coordinación Hospitalaria de Donación; informa al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos sobre la dinámica familiar, el responsable legal y sí existe aviso al Ministerio Público.<li data-bbox="634 1419 1464 1709">4. Recibe a los familiares del potencial donador en la Coordinación Hospitalaria de Donación, en un ambiente tranquilo, respetuoso, empático y facilitando en todo momento una comunicación efectiva; se presenta ante la familia con su nombre completo y su cargo; solicita a cada integrante mencione su nombre completo y el grado de parentesco con el potencial donador. |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="633 252 1461 462">5. Inicia la entrevista familiar refiriéndose al potencial donador por su nombre e identifica el nivel de conocimiento que tiene cada integrante de la familia con respecto al reporte médico del potencial donador y el diagnóstico que lo llevó al fallecimiento, ya sea por muerte encefálica o parada cardíaca.<li data-bbox="633 504 1461 987">6. Desarrolla la entrevista familiar enfocada en un lenguaje claro, sencillo, directo, respetuoso, dando oportunidad a la formulación de preguntas y verificando que la información haya quedado clara.<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="706 693 1461 871">• Cuando se trate de un paciente con muerte encefálica, reforzará la naturaleza irreversible de la misma, y del apoyo externo ventilatorio y cardiovascular para mantener la oxigenación y perfusión de los órganos y tejidos.<li data-bbox="706 871 1461 987">• Cuando se trate de un paciente en parada cardíaca, se enfocará sobre el diagnóstico que llevó al estado actual del paciente.<li data-bbox="633 1018 1461 1197">7. Concede las pausas necesarias para que los familiares del potencial donador asimilen la noticia de la muerte encefálica o parada cardíaca, antes de proceder a realizar la petición para la disposición de órganos y/o tejidos.<li data-bbox="633 1239 1461 1533">8. Decide el momento oportuno para solicitar a los familiares del potencial donador, la autorización para la disposición de los órganos y/o tejidos con fines de trasplante; explica ampliamente la naturaleza altruista y solidaria de la donación cadavérica, el objetivo primordial de curar o mejorar la calidad de vida de un paciente que se encuentra en espera de un órgano o tejido.<li data-bbox="633 1575 1461 1785">9. Pregunta a los familiares, si el potencial donador expresó en vida su posición acerca de la donación de órganos y/o tejidos; en caso de no haber expresado negativa al respecto, invita a la reflexión y al consenso familiar sobre la donación y describe en que consiste el proceso de donación. |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="618 247 1472 430">10. Explica detalladamente a los familiares los tiempos necesarios para llevar a cabo el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, siempre considerando si se trata o no de un caso con intervención ministerial.<li data-bbox="618 468 1472 651">11. Informa a los familiares que la donación cadavérica, tanto en muerte encefálica como en parada cardíaca, es un momento único y corto; resalta la dificultad para mantener la viabilidad de los órganos y/o tejidos.<li data-bbox="618 688 1472 829">12. Concede el tiempo necesario para que en privado, los familiares del potencial donador analicen y consensen la solicitud de la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante.<li data-bbox="618 867 1472 1050">13. Rechaza categóricamente la posibilidad de obtener alguna “ganancia secundaria” para los familiares del potencial donador, en caso de aceptar la donación; explica que la donación de órganos y/o tejidos es altruista, gratuita y con ausencia de ánimo de lucro.<li data-bbox="618 1087 1472 1312">14. Explica, en el caso de intervención ministerial, que se llevará a cabo el proceso legal de acuerdo con los trámites estipulados en cada Entidad Federativa, haciendo énfasis en la necropsia y la expedición del certificado de defunción por parte de las autoridades competentes.<li data-bbox="618 1350 1472 1795">15. Menciona que, desde el punto de vista legal, solo un familiar del potencial donador puede ser el disponente secundario de acuerdo con el siguiente orden de prelación:<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="711 1533 885 1564">• Cónyuge,<li data-bbox="711 1570 1120 1602">• Concubina o concubinario,<li data-bbox="711 1608 966 1640">• Descendientes,<li data-bbox="711 1646 950 1677">• Ascendientes,<li data-bbox="711 1684 901 1715">• Hermanos,<li data-bbox="711 1722 909 1753">• Adoptado y<li data-bbox="711 1759 901 1791">• Adoptante. |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p style="text-align: center;">NO se acepta la donación</p> <p>16. Agradece de manera amable y puntual a los familiares del potencial donador, la atención prestada a la entrevista familiar y deja abierta la posibilidad de reconsiderar su negativa, los invita a comunicarla si así fuera el caso.</p> <p>17. Explica claramente a los familiares del potencial donador que nadie puede disponer de los órganos y tejidos sin su autorización.</p> <p>18. Requisita el “Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-009-005 (Anexo 2) y se agrega a la “carpeta de donación”.</p> <p>NOTA 1: Cumpliendo con lo mencionado en el Artículo 345 de la Ley General de Salud, que a la letra dice, “No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.</p> <p>NOTA 2: El Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos realizará las actividades 148 y 149 de “Procedimiento para la detección, diagnóstico, certificación, evaluación y manejo del paciente fallecido por muerte encefálica; para la detección y evaluación del paciente fallecido por parada cardíaca, como potenciales donadores de órganos y/o tejidos” 2G00-003-001. Concluye proceso.</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p style="text-align: center;">Sí se acepta la donación</p> <p>19. Requisita el formato “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006 (Anexo 3), observando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">• El disponente secundario que autorice la donación, concuerde con la prelación señalada en la Ley General de Salud.• Escribe en la sección correspondiente, el nombre del disponente secundario y de dos testigos, tal |



| Responsable | Descripción de actividades |
|-------------|--|
| | <p>como aparecen en sus identificaciones oficiales.</p> <ul style="list-style-type: none">• Deja evidencia, mediante una copia de las identificaciones oficiales del donador, disponente secundario y los dos testigos que serán agregadas a la carpeta de donación.• Escribe la denominación de cada órgano y/o tejido que la familia ha autorizado donar. <p>20. Requisita el formato “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016, para la extracción del o los órganos y/o tejido(s) donado(s), especificando los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anota el nombre completo y número de seguridad social del potencial donador, diagnóstico de pérdida de la vida y la cirugía proyectada (extracción de órganos y/o tejidos).• La fecha y hora de inicio de la cirugía debe ser acordada con el Director, Coordinador Clínico, Coordinador Médico de turno, Jefe de Quirófano y con el o los responsables de la extracción de cada órgano y/o tejido.• Solicita al disponente secundario que imponga su nombre, firma autógrafa o huella digital, en el espacio correspondiente. <p>NOTA: La “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17”, se encuentra como (Anexo 16) del Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo clave 2E10-003-002.</p> <p>21. Agradece a los familiares del potencial donador la solidaridad de haber autorizado la donación y se les informa que podrá revocar su consentimiento en cualquier momento del proceso.</p> <p>22. Mantiene en todo momento informada a la familia sobre la evolución del proceso y será flexible de permitirle, sí así lo desea, de ausentarse de la Unidad Médica Hospitalaria y regresar posterior a la extracción de los órganos o tejidos.</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>23. Notifica al médico tratante de la autorización familiar a la donación y le solicita que realice el “Certificado de defunción”, solo sí no se trata de un caso médico-legal.</p> |
| Médico tratante | <p style="text-align: center;">Intervención Ministerial NO requiere intervención ministerial</p> <p>24. Requisita el “Certificado de defunción” cuando de acuerdo con la Ley General de Salud, el proceso de donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante no requiere de la intervención ministerial, tomando en cuenta los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deberá estar requisitado antes de la entrada al quirófano, para la cirugía de extracción.• La hora y fecha de fallecimiento de un donador en muerte encefálica deberá ser la misma que esté registrada en el “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-009-004 (Anexo 1).• La fecha y hora de fallecimiento de un donador en parada cardíaca es el momento en el que el trazo electrocardiográfico se encuentre isoeléctrico (no necesariamente impreso) y será registrada en la nota de egreso por defunción.• Especificar la causa de la muerte (enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte, directamente). No se considerarán como diagnósticos: la muerte encefálica y la parada cardíaca.• Imprime su nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa. <p>Continúa en la actividad 32</p> <p style="text-align: center;">SÍ requiere de intervención ministerial</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>25. Se dará intervención al Ministerio Público y a la autoridad judicial para la extracción de órganos y tejidos, cumpliendo con la legislación vigente, en el caso de que la pérdida de la vida del donador esté relacionada con la averiguación legal.</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>26. Requisita el formato “Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia” clave: 2G00-009-007 (Anexo 4) y lo agrega a la “Carpeta de donación”.</p> <p>27. Extrae del “Expediente clínico” los siguientes documentos, obtiene copia y mantiene bajo su resguardo los originales:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” que consigna la certificación de la muerte encefálica.• “Resultado de exámenes generales, grupo sanguíneo, pruebas de riesgo sanitario y otras pruebas (solicitadas por el Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplante)”.• “Reporte de la prueba diagnóstica confirmatoria de la muerte encefálica”.• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” donde consigne la nota de egreso por defunción del paciente con muerte encefálica o con parada cardíaca. <p>28. Extrae de la “Carpeta de donación” y obtiene copia de los siguientes documentos, manteniendo bajo su resguardo los originales:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante” clave 2G00-009-004 (Anexo1).• “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006” (Anexo 3).• Copia de las identificaciones oficiales vigentes del donador, disponente secundario y de los dos testigos.• “Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia” clave: 2G00-009-007 (Anexo 4). <p>29. Acude a la Agencia del Ministerio Público en compañía del disponente secundario; lleva consigo el original y copia de los documentos descritos en la actividad 28 y 29, así como:</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <ul style="list-style-type: none">• Copia de la identificación oficial vigente del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos.• Copia de su cédula profesional de médico general.• Constancia emitida por el CENATRA.• Copia del nombramiento de la Unidad Médica Hospitalaria de Adscripción. En caso de no contar con un Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, el nombramiento será sustituido por el oficio correspondiente de la asignación del médico que llevará a cabo el proceso de donación, emitido por el Director o Coordinador de turno de la Unidad Médica Hospitalaria. <p>30. Procede de acuerdo con los pasos del uno a 16 de las “Instrucciones para realizar la intervención ministerial del proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-005-001 (Anexo 5).</p> <p>31. Recibe del Agente del Ministerio Público el “Oficio de anuencia para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” sellado y firmado.</p> <p style="text-align: center;">Etapas 2 Distribución de órganos y tejidos con fines de trasplante</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>32. Extrae la siguiente información de la “Cédula para la evaluación y selección del potencial donador” clave 2G00-009-003; realiza un resumen clínico con los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ficha de identificación.• Antecedentes heredo familiares y personales patológicos.• Diagnósticos principales y evolución clínica.• Exploración física.• Resultados de laboratorio y gabinete.• Tratamiento médico. |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>NOTA: La “Cédula para la evaluación y selección del potencial donador” se encuentra como (Anexo 6) del Procedimiento para la detección, diagnóstico, certificación, evaluación y manejo del paciente fallecido por muerte encefálica; para la detección y evaluación del paciente fallecido por parada cardíaca, como potenciales donadores de órganos y/o tejidos clave 2G00-003-001.</p> <p>33. Consulta la “Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programas de Trasplante” clave: 2G00-009-008 (Anexo 6), de acuerdo con el orden de ésta y al órgano o tejido disponible; identifica la Unidad Médica Hospitalaria de Segundo Nivel o Tercer Nivel de Atención con la que se debe establecer comunicación.</p> <p>34. Continúa con comunicación efectiva con la CDTOTC para consultar el nombre del Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplante, de la Unidad Médica Hospitalaria que cuente con receptores para el órgano o tejido disponible.</p> <p>35. Comunica al Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplante del hospital receptor, vía telefónica, sobre el proceso de donación cadavérica.</p> <p>36. Envía vía electrónica, al Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplante:</p> <ul style="list-style-type: none">• La “Cédula para la evaluación y selección del potencial donador”.• Resultados de laboratorio generales y del riesgo sanitario; así como, las necesarias en caso de emergencia sanitaria.• Grupo y Rh• Exámenes de gabinete (radiografías, tomografías y ultrasonidos, electroencefalogramas, etc).• Peso, talla y otras medidas antropométricas.• El “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos, tejidos y células con fines de trasplante” clave: 2G00-009-004 (Anexo 1).• El “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006 (Anexo 3). |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <ul style="list-style-type: none">• Cuando aplique, la “Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia” clave: 2G00-009-007 (Anexo 4).• Reporte del estudio confirmatorio de muerte encefálica, cuando aplique.• Hoja de enfermería de las últimas 24 horas, “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”.• Nota de indicaciones médicas de las últimas 24 horas.• Y otros que el equipo de trasplante solicite. <p>37. Analiza la información enviada por el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos.</p> <p>NOTA: En caso necesario, si así lo decide, solicita nuevos exámenes o estudios complementarios que ayuden a tomar la mejor decisión de aceptación del órgano y/o tejido.</p> <p>38. Verifica la posibilidad de realizar la extracción quirúrgica del órgano o tejido; comunica la aceptación o rechazo del mismo, por cualquier medio electrónico, al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos y a la CDTOTC en un lapso no mayor de una hora.</p> <p style="text-align: center;">NO acepta el órgano y/o tejido disponible</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>39. Continúa con la consulta en la “Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programas de Trasplante” clave: 2G00-009-008 (Anexo 6) y comunica al Área de Donación de la CDTOTC para identificación de los Jefes, Encargados o Responsables de las áreas o servicios de trasplante, subsecuentes en la lista.</p> <p>Continúa en la actividad 34</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| <p>Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, el responsable de la cirugía extracción y el Jefe o Responsable de Quirófano y/o Coordinador Médico o Clínico de Turno</p> <p>Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos</p> <p>Jefe o Responsable de Quirófano, Coordinador Médico o Clínico de turno</p> <p>Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos y responsable(s) de la cirugía de extracción</p> | <p>SÍ acepta el órgano y/o tejido disponible</p> <p>Etapa 3 Extracción y resguardo de órganos y tejidos</p> <p>40. Conciertan la fecha y hora de inicio de la cirugía de extracción de los órganos y/o tejidos donados; el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos registra en el formato de “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016, el tipo de cirugía a realizar; por ejemplo: cirugía de extracción multiorgánica, procuración corneal bilateral, etc.</p> <p>41. Solicita al Jefe o Responsable de Quirófano, al Coordinador Médico o Clínico de turno, la programación para llevar a cabo la cirugía de extracción de órganos y tejidos, la cual será prioridad ante la cirugía programada. Así mismo, hace entrega del siguiente formato:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016, para la extracción del o los órganos y/o tejido(s) donados. <p>42. Asigna al anestesiólogo, en el caso de que se trate de un donador multiorgánico.</p> <p>43. Asigna la sala para la cirugía de extracción y el equipo quirúrgico, tanto en donadores multiorgánicos como de tejidos.</p> <p>NOTA: La procuración de corneas podrá realizarse en el área de hospitalización, áreas críticas, sala de curaciones o áreas anexas a servicio de patología, siempre y cuando se encuentre limpia y apropiada para realizar el procedimiento.</p> <p>44. Determinan conjuntamente, cuando se trate de una donación multiorgánica, el orden de prioridad para la extracción de los órganos y/o tejidos.</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|--|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos Médico tratante | <p>45. Notifica al médico tratante y a la enfermera responsable del donador, la hora programada para la cirugía de extracción de órganos y/o tejidos.</p> <p>46. Continúa con el manejo médico e intensivo del donador multiorgánico hasta su llegada a quirófano, para la cirugía de extracción.</p> <p>47. Elabora en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” la descripción del alta por defunción del donador cadavérico y especifica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nombre completo del donador cadavérico y número de seguridad social.• Fecha de ingreso.• Diagnóstico de ingreso• Fecha y hora de egreso:<ul style="list-style-type: none">○ En el caso de parada cardíaca, se consignará la fecha y hora del trazo electrocardiográfico isoeléctrico (no necesariamente impreso).○ En el caso de muerte encefálica, se consignará la fecha y la hora del método instrumental que demuestra la ausencia de flujo o de actividad eléctrica cerebral.• Diagnóstico de egreso.• Resumen clínico, destacando los datos relevantes a su ingreso, la evolución clínica durante la estancia hospitalaria y las complicaciones que lo llevaron a la muerte.• Impone su nombre completo, matrícula, cédula y firma autógrafa a la misma. |
| Enfermera Jefe de Quirófano | <p>48. Solicita a la Enfermera Jefe de Piso, el traslado del potencial donador a la sala de quirófano asignada, con base en el formato de “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016 para la realización de la extracción de los órganos y/o tejidos.</p> |
| Enfermera Jefe de Piso | <p>49. Solicita al técnico de inhaloterapia y al camillero, el traslado hacia el quirófano del donador en muerte encefálica o hacia el área asignada para la extracción del tejido corneal del donador en parada cardíaca.</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|--|--|
| Médico tratante | 50. Será el responsable o asignará al personal a su cargo, para el traslado hacia el quirófano del donador en muerte encefálica, para proporcionar el manejo de la ventilación mecánica, solo en caso de no contar con personal de inhaloterapia en la Unidad Médica Hospitalaria. |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, Médico tratante y Enfermera responsables del paciente, Técnico de inhaloterapia y camillero | 51. Realizan conjuntamente el traslado, del donador en muerte encefálica, al área de recepción del quirófano junto con su "Expediente clínico" y la "Carpeta de donación". 52. Supervisan la estabilidad hemodinámica y respiratoria del donador durante su traslado y recepción en el quirófano. |
| Médico tratante y Enfermera responsable del paciente | 53. Presentan al anestesiólogo, enfermera (general o especialista) y al camillero de quirófano, al donador multiorgánico y entregan su "Expediente clínico". |
| Anestesiólogo y Enfermera General y Camillero de quirófano | 54. Reciben del médico tratante y de la enfermera responsable al potencial donador y lo trasladan a la sala de cirugía asignada, junto con su "Expediente clínico". |
| Responsable de la cirugía de extracción de órganos y tejidos | 55. Realiza la cirugía de extracción y embalaje de órganos y/o tejidos. En el caso que algún órgano o tejido no sea procurado, se dará aviso al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos para documentarlo en la nota final y darlo a conocer a la familia al entregar el cadáver. |
| <p>NOTA: De acuerdo con lo contemplado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, la extracción de tejido simple con fines de trasplante podrá ser realizada por personal médico o técnico capacitado.</p> | |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Responsable de la cirugía de extracción de órganos y tejidos | 56. Al término de la cirugía de extracción, elabora en el formato “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la nota postquirúrgica de cada uno de los órganos y/o tejidos extraídos; describirá la técnica quirúrgica de la cirugía de extracción, hallazgos y complicaciones; anota el nombre completo de los cirujanos participantes, cédulas, matrículas, categorías, Unidad Médica de Adscripción e impone(n) su firma autógrafa. |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | 57. Requisita, por cada órgano o tejido extraído, el “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7); especifica si se trata de órganos o tejidos pares y su lateralidad. 58. Solicita al responsable de la extracción de los órganos y/o tejidos, completar el “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada órgano y/o tejido extraído. |
| Responsable(s) de la cirugía de extracción de órganos y tejidos | 59. Entrega al Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos, los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” de cada uno del o los órganos y tejido(s) extraídos (notas post quirúrgicas).• “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada órgano y/o tejido extraído. |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | 60. Recibe del o los responsables de la cirugía de extracción de los órganos y/o tejidos, los documentos: <ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” de cada uno del o los órganos y tejido(s) extraídos (notas post quirúrgicas).• “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada órgano y/o tejido extraído. |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|--|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>61. Elabora la “Carpeta de donación” y completa la “Hoja de verificación de los documentos que conforman la carpeta de donación” clave 2G00-011-001 (Anexo 8), que incluya los documentos; entrega copia de los mismos al o los responsables de la cirugía de extracción, por cada tipo de órgano y/o tejido extraído.</p> <ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” que consigna la certificación de la muerte encefálica.• “Cédula para la evaluación y selección del potencial donador” clave 2G00-009-003• Resultado de exámenes generales, grupo sanguíneo, pruebas de riesgo sanitario y otras pruebas”, solicitadas por el Jefe, Encargado o Responsable del área o servicio de trasplante.• “Resultados de gabinete” relacionados con la valoración del potencial donador.• Reporte de “Prueba diagnóstica confirmatoria de muerte encefálica” con fecha, hora y firma del médico que interpreta el estudio.• “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-009-004 (Anexo 1).• “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006 (Anexo 3) y copia de identificación oficial del donador, disponente secundario y dos testigos.• “Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia” clave: 2G00-009-007” (Anexo 4), cuando éste aplique.• “Oficio de anuencia para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” expedido por el Ministerio Público, cuando éste aplique.• “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016.• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, la nota posquirúrgica de la extracción de cada tipo de órgano y/o tejido, debidamente requisitada.• “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada tipo órgano y/o tejido extraído, firmada por el médico responsable |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>del resguardo.</p> <ul style="list-style-type: none">• “Certificado de defunción” en los casos que no se solicitó intervención ministerial.• Copia de “Acta de nacimiento” de los donadores cadavéricos pediátricos.• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” donde consigne la nota de egreso por defunción del paciente con muerte encefálica o con parada cardíaca.• Hoja de enfermería de las últimas 24 horas, “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”.• Nota de indicaciones médicas de las últimas 24 horas.• Copia de las identificaciones oficiales vigentes del donador, disponente secundario y de los dos testigos.• Copia de la identificación oficial vigente del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos. |
| Responsable (s) de la cirugía de extracción de órganos y tejidos o Responsable de Traslados | <p>62. Recibe copia de la “Carpeta de donación” y de la “Hoja de verificación de los documentos que conforman la carpeta de donación” clave 2G00-011-001 (Anexo 8).</p> <p>Extracción de tejido simple en Unidades Hospitalarias con personal capacitado</p> |
| Responsable de la cirugía de extracción y embalaje de tejidos | <p>63. Realiza la extracción y embalaje del tejido corneal u otros tejidos simples. Antes del procedimiento, verificará la caducidad y coloración de los medios de preservación; realizará el etiquetado del frasco sin obstruir total o parcialmente el número de lote y la fecha de caducidad de estos, indicando:</p> <ul style="list-style-type: none">• Unidad Médica Hospitalaria en donde se realizó la extracción.• Iniciales del donador (apellido paterno, materno y nombre).• Tejido corneal (derecho o izquierdo)• Fecha y hora de extracción (día/mes/año) |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Responsable de la cirugía de extracción y embalaje de tejidos | <p>64. Describe la técnica de la cirugía de extracción de cada tejido obtenido; anota su nombre completo, categoría, Unidad Médica Hospitalaria de adscripción, matrícula, cédula profesional e impone su firma autógrafa:</p> <ul style="list-style-type: none">• En el formato de “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016, en el caso de que la cirugía de extracción se realice en el quirófano.• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, en el caso de que la cirugía de extracción se realice fuera de quirófano. <p>65. Resguarda el tejido extraído en red fría de 2 a 8°C, en tanto se traslada al servicio de trasplantes o al Banco de Tejidos al que se distribuyó.</p> <p>66. Integra la “Carpeta de donación” y obtiene copia de la “Hoja de verificación de los documentos que conforman la carpeta de donación” clave 2G00-011-001 (Anexo 8).</p> |
| <p>ETAPA 4 Traslado de Órganos y Tejidos</p> | |
| Director o Responsable de la Unidad Médica Hospitalaria o Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>67. Designa al personal de salud como Responsable de Traslados de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, lo inscribe en el acta de comité respectiva y en el Registro Nacional de Trasplantes.</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>68. Elabora un “Oficio para traslado de Órganos y/o Tejidos”, firmado por el Director o Responsable de la Unidad Médica Hospitalaria o por el Coordinador Clínico o Médico de turno, que acredite e identifique al personal designado como Responsable de Traslados de órganos y/o tejidos, nombre de la Unidad Médica Hospitalaria donadora y Unidad Médica Hospitalaria receptora.</p> |
| Responsable de Traslados de órganos y/o tejidos con fines de trasplante | <p>69. Traslada los órganos y/o tejidos en el contenedor de red de frío, el cual debe tener las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none">• Destinarse para el transporte exclusivo de |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <ul style="list-style-type: none">• “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72”, las notas postquirúrgicas de la extracción de cada tipo de órgano y/o tejido.• “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave: 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada tipo de órgano o tejido extraído. <p>73. Acude ante el Agente del Ministerio Público, presenta original y copia de los documentos considerados y realiza los pasos del 17 al 23 de las “Instrucciones para realizar la intervención ministerial del proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-005-001 (Anexo 5).</p> |
| Trabajadora Social asignada al proceso de donación de Órganos y Tejidos | <p>74. Proporciona información a los familiares del donador, de acuerdo con el “Lineamiento para la asesoría en trámites administrativos, legales y laborales a la familia del donador cadavérico de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-013-001 (Anexo 10).</p> <p>75. Acompaña a los familiares del donador y al empleado del servicio funerario contratado por la familia, para que se lleve a cabo la entrega del cadáver, en apego con el “Lineamiento para la asesoría en trámites administrativos, legales y laborales a la familia del donador cadavérico de órganos y/o tejidos con fines de trasplante” clave: 2G00-013-001 (Anexo 10).</p> <p>76. Apoya, en los casos que se solicite intervención del Ministerio Público, en la entrega del cadáver al Servicio Médico Forense.</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p>77. Resguarda la “Carpeta de donación” en el archivero de la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos, por un periodo mínimo de diez años.</p> |



| Responsable | Descripción de actividades |
|---|---|
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p style="text-align: center;">Etapa 6</p> <p style="text-align: center;">Registro de la información de donación de órganos y/o tejidos en el SIRNT</p> <p>NOTA: Realizar esta actividad en un plazo máximo de 48 horas después de haber concluido el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos, de acuerdo con lo contemplado en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.</p> <p>78. Accede al SIRNT mediante vía electrónica en la página www.cenatra.gob.mx/rnt/ del CENATRA, utilizando las claves de usuario, contraseña (exclusivas del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos) y código de seguridad; registra las donaciones concretadas y donaciones no concretadas, requisita todos los rubros de la plataforma.</p> <p>79. Continúa con el registro, de acuerdo con las instrucciones del “Manual del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes” vigente que se puede consultar en la dirección electrónica: https://cenatra.gob.mx/rnt/documentos/Manual_SIRNT.pdf</p> <p>80. Concluye el proceso de registro de la donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante y verifica que la información sea la correcta.</p> |
| Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos | <p style="text-align: center;">Etapa 7</p> <p style="text-align: center;">Información al Instituto Mexicano del Seguro Social</p> <p>81. Notifica en tiempo real, mediante cualquier medio electrónico, al personal del Área de Donación de la CDTOTC todos los procesos de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante desde que identifique un potencial donador.</p> |



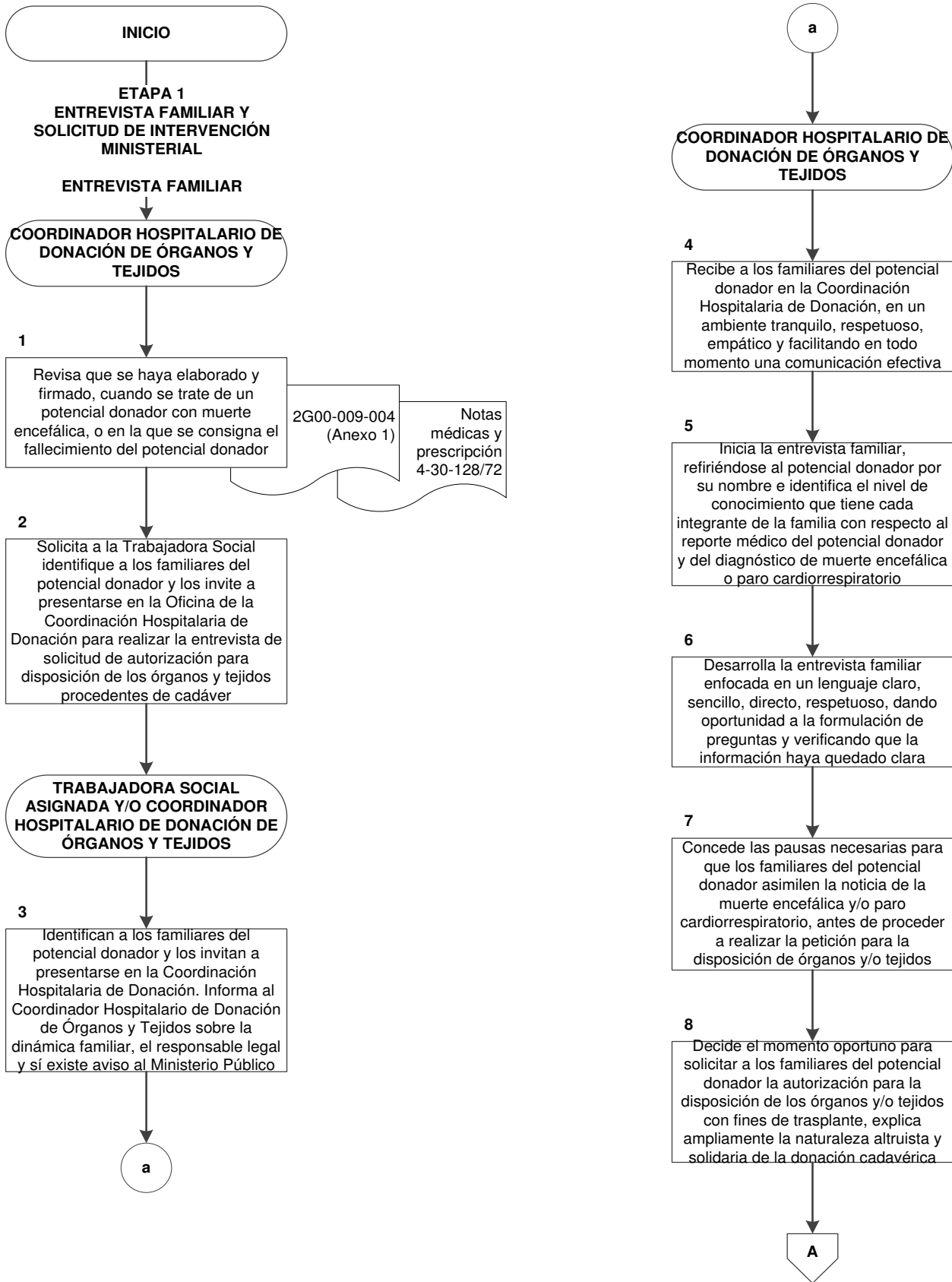
| Responsable | Descripción de actividades |
|--|---|
| <p data-bbox="147 247 597 317">Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos</p> <p data-bbox="147 758 597 898">Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes</p> | <p data-bbox="630 247 1463 537">82. Elabora el “Reporte de donaciones cadavéricas en Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social” clave: 2G00-014-001 (Anexo 11), de cada uno de los procesos de donación cadavérica, concretada y no concretada; imprime su nombre y firma autógrafa, junto con la del presidente del Comité Interno de Coordinación para la Donación o del Comité Interno de Trasplantes.</p> <p data-bbox="630 575 1463 716">83. Elabora la “Nota de la donación concretada”, la cual constará de un resumen del proceso de donación, desde la identificación del donante hasta la hora de entrega del cadáver a la familia.</p> <p data-bbox="630 753 1463 1010">84. Elabora y actualiza periódicamente la “Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programas de Trasplante” clave: 2G00-009-008 (Anexo 6), tomando en cuenta la regionalización institucional, misma que se avala mediante la suscripción de un acta.</p> <p data-bbox="630 1050 1463 1377">85. Realiza en cada proceso, de donación cadavérica concretada, el “Acta ordinaria o extraordinaria” en la que se especifiquen los criterios y argumentos médicos, legales y científicos que se tomaron en cuenta para la distribución de los órganos y/o tejidos. En sesiones ordinarias, con una periodicidad entre uno y tres meses, elaboran el “Acta de comité interno” correspondiente, en la cual constará el análisis de lo siguiente:</p> <ul data-bbox="708 1417 1463 1932" style="list-style-type: none"><li data-bbox="708 1417 1463 1486">• Potenciales donadores identificados con muerte encefálica o parada cardíaca.<li data-bbox="708 1493 1463 1528">• Certificaciones de pérdida de la vida.<li data-bbox="708 1535 1463 1604">• Entrevistas familiares realizadas para la solicitud de donaciones cadavéricas y casos de negativa.<li data-bbox="708 1610 1463 1713">• Donaciones concretadas de órganos y/o tejidos extraídos, criterios para la distribución y destino de estos.<li data-bbox="708 1719 1463 1755">• Donaciones no concretadas y análisis de causas.<li data-bbox="708 1761 1463 1902">• Registro oportuno en el SIRNT de las donaciones concretadas y donaciones no concretadas dentro de las 48 horas posteriores a que ocurrió el evento.<li data-bbox="708 1908 1463 1932">• Dificultades para concretar los procesos de |

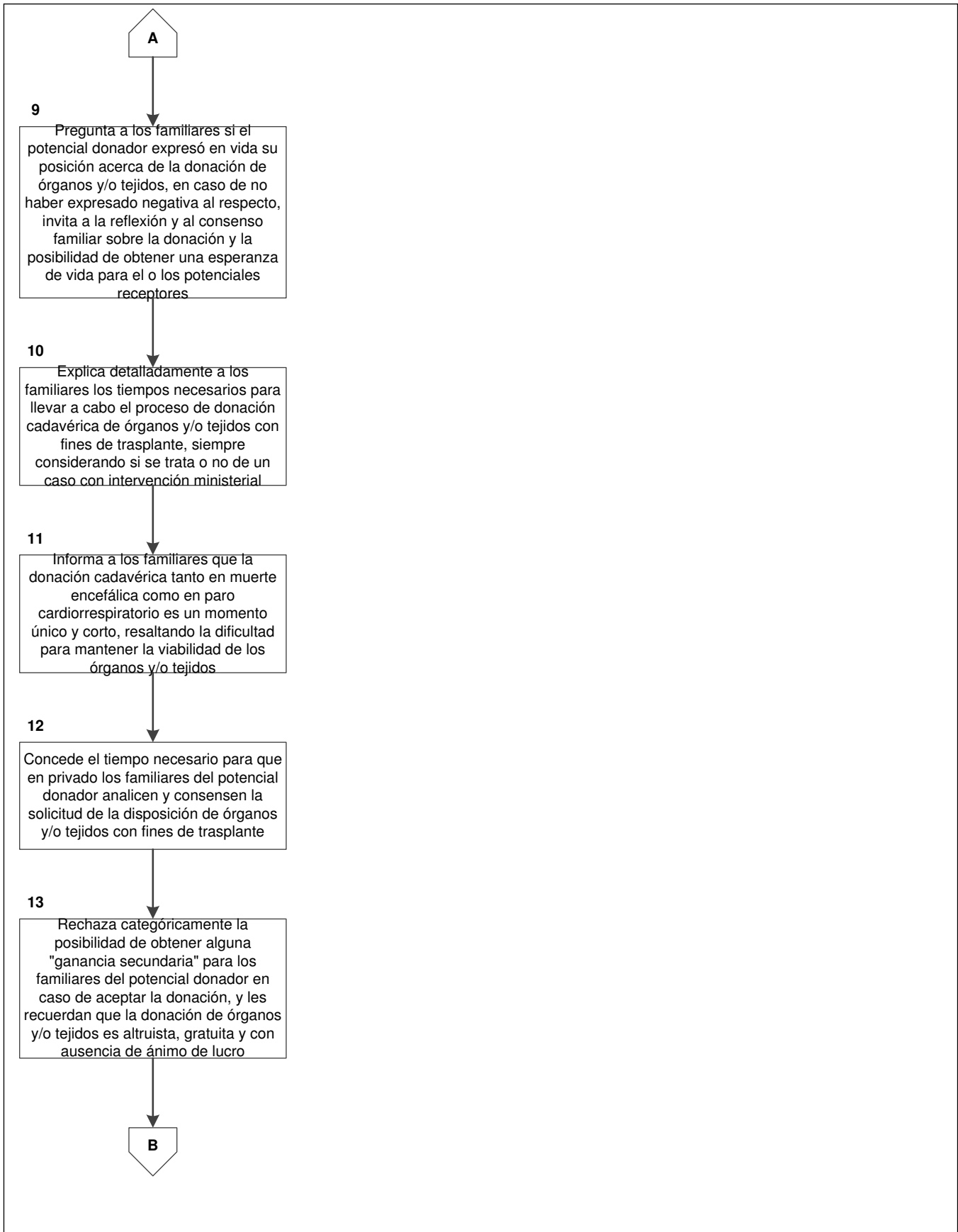


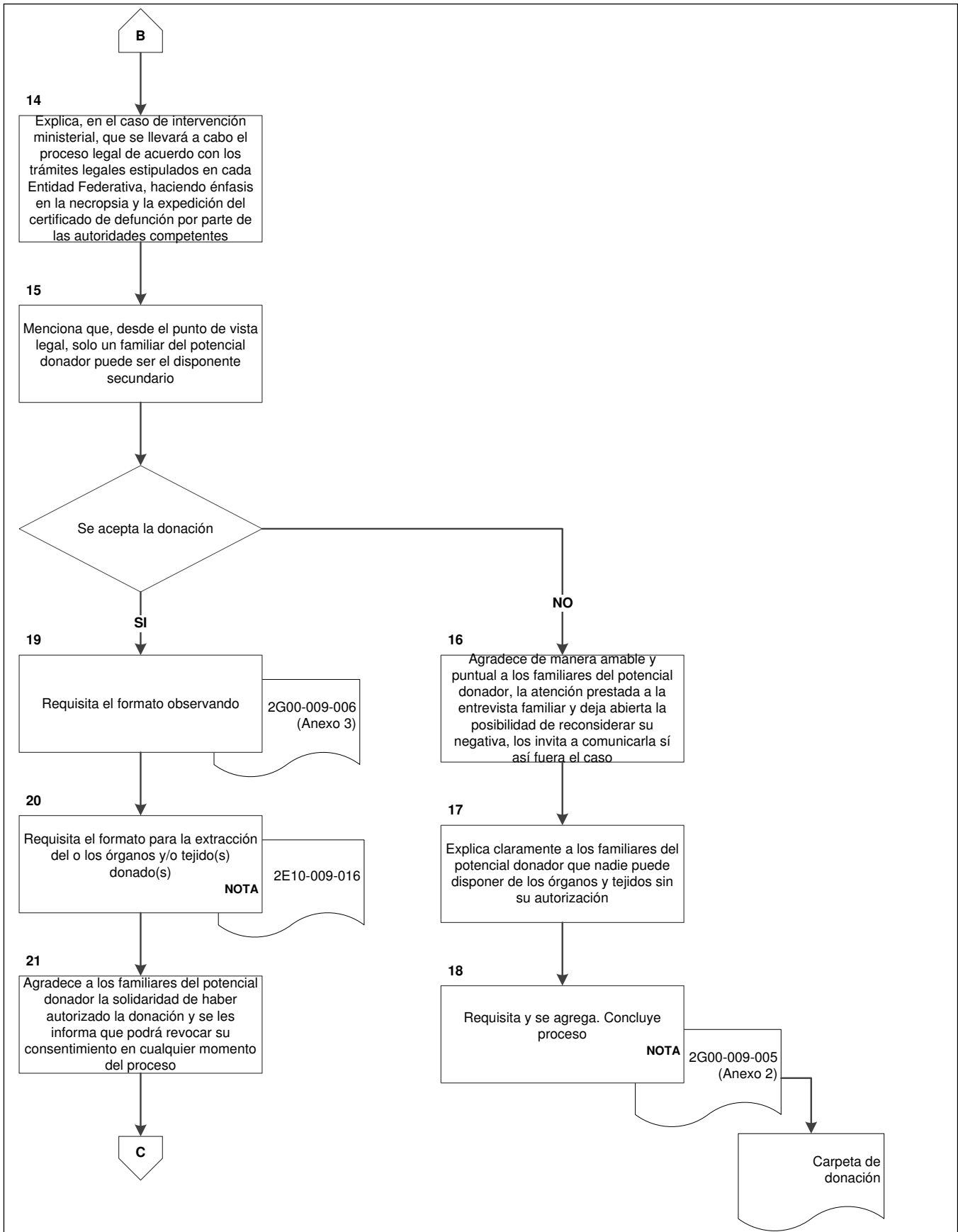
| Responsable | Descripción de actividades |
|--|---|
| Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes | <p>donación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Sesiones de promoción, difusión y capacitación, relacionadas con la donación cadavérica.• Entrega del plan operativo para médicos pasantes de servicio social y programa anual de trabajo de la Coordinación Hospitalaria de Donación, sólo en el mes de enero.• Entrega de evidencia de la acreditación del Coordinador Hospitalario de Donación cada cinco años. <p>NOTA: Todas las actas de sesiones ordinarias o extraordinarias de los comités, una vez firmadas por la mayoría de los integrantes, se incorporará al libro de actas. Tanto las actas como el libro deberán conservarse de acuerdo con el Catálogo de Disposición Documental Institucional (CADIDO) un mínimo de siete años en el archivo de trámite y tres en el archivo de concentración de la Unidad Hospitalaria, mismos que se contarán a partir de la fecha de la última acta registrada.</p> <p>86. Realiza reuniones extraordinarias y la elabora el “Acta de comité interno” en las siguientes situaciones especiales:</p> <ul style="list-style-type: none">• La procuración fallida de algún órgano o tejido, anotando la razón (médica, administrativa, etc.), y analizar el caso para identificar áreas de oportunidad.• Las dificultades técnico-administrativas que hayan caracterizado algún proceso de donación cadavérica en particular.• Explicar y narrar detalladamente el motivo por el cual fue necesario poner en práctica las políticas 5.2.4 y/o 5.2.6 de este procedimiento.• Cualquier situación no contemplada en el presente procedimiento, pero relevante a juicio de las autoridades de la Unidad Hospitalaria y/o del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos. <p style="text-align: center;">Fin del procedimiento</p> |

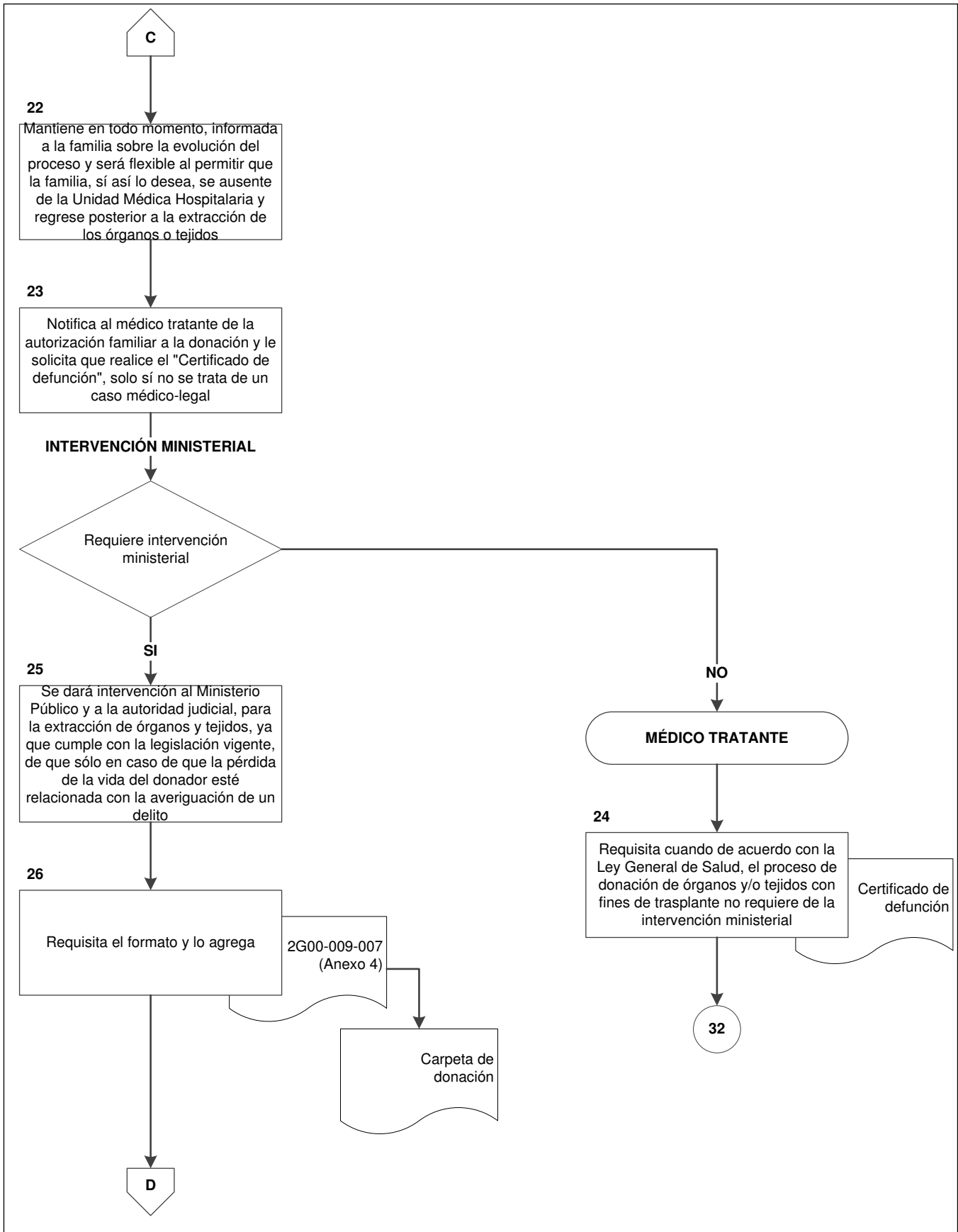


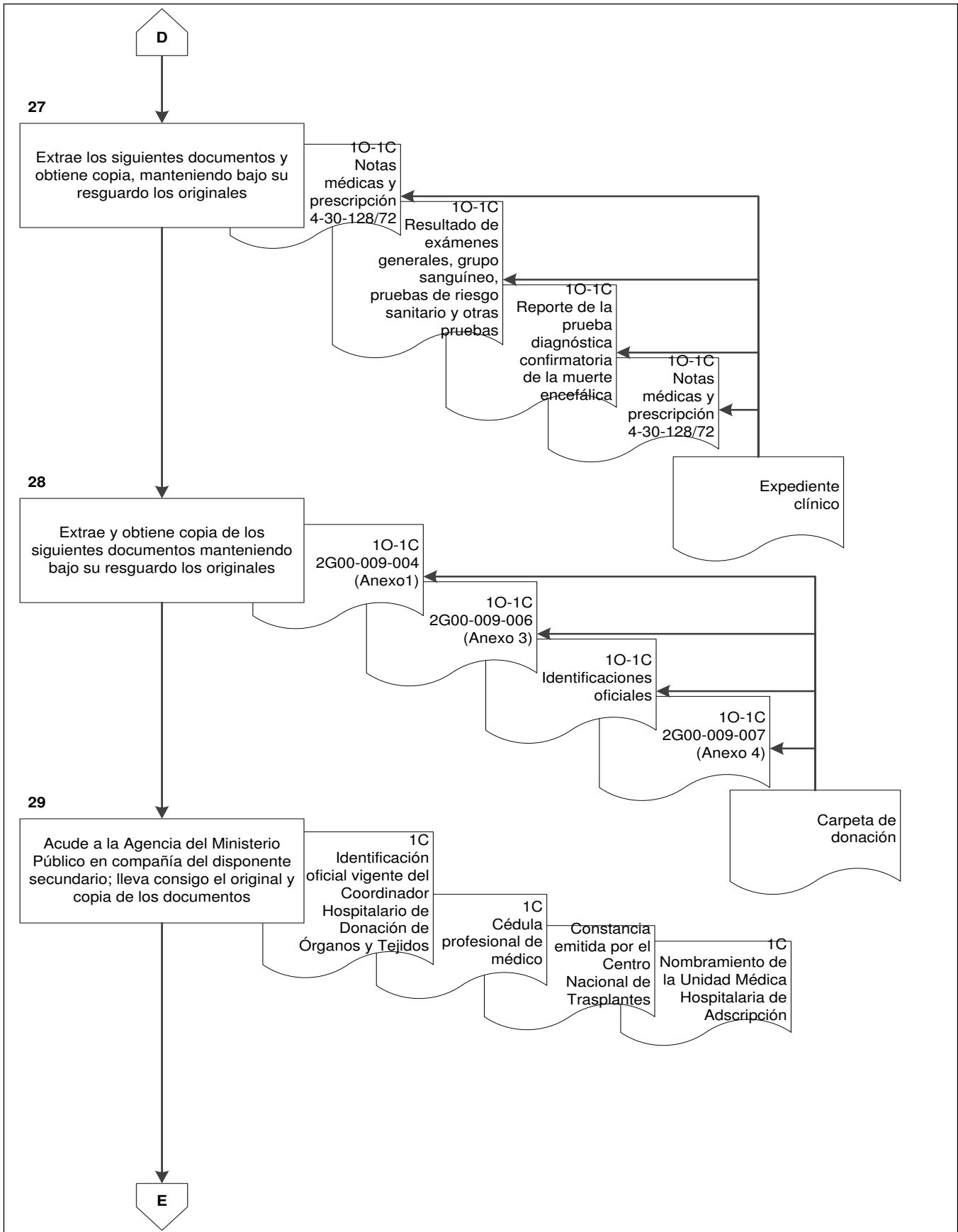
7. Diagrama de flujo

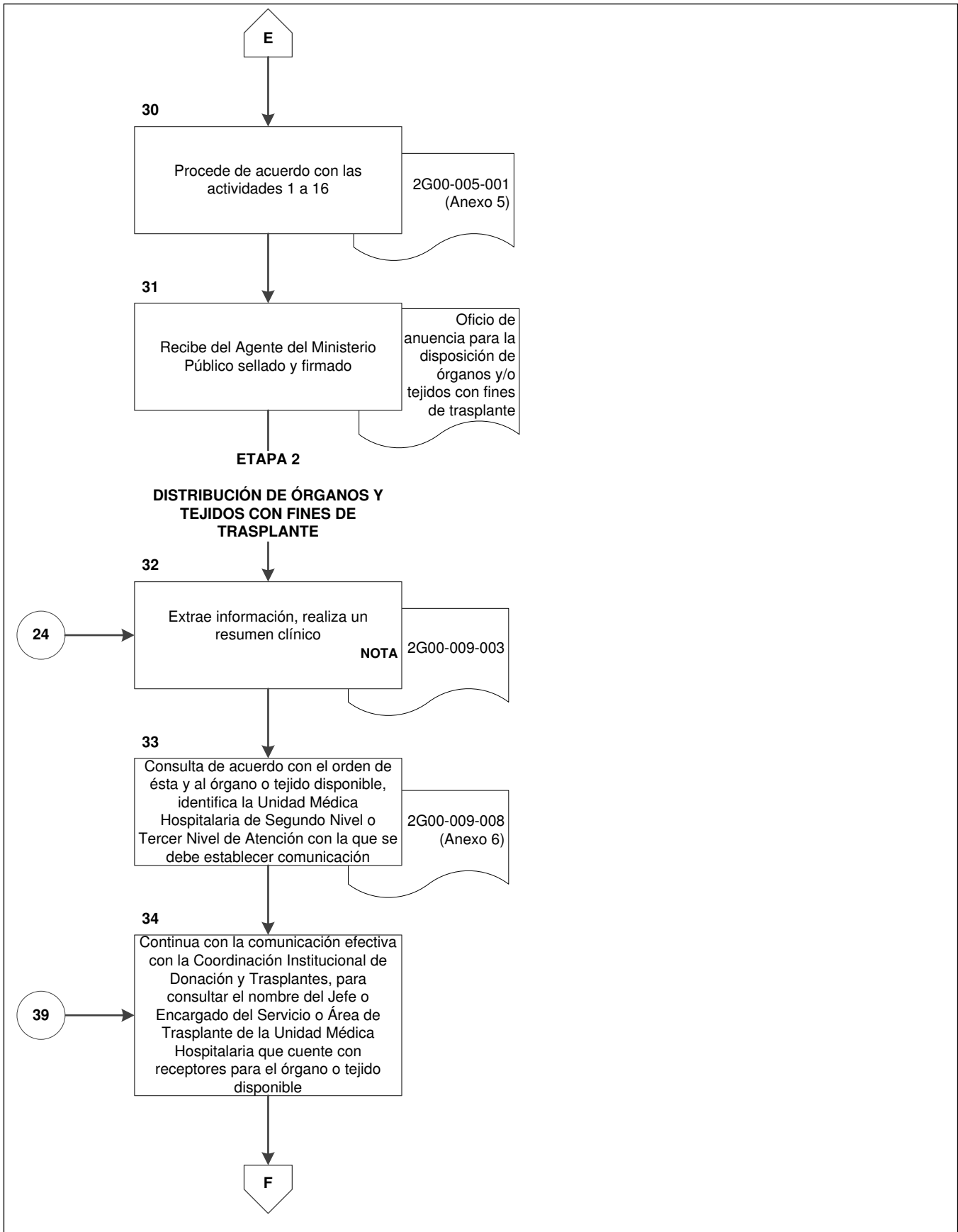


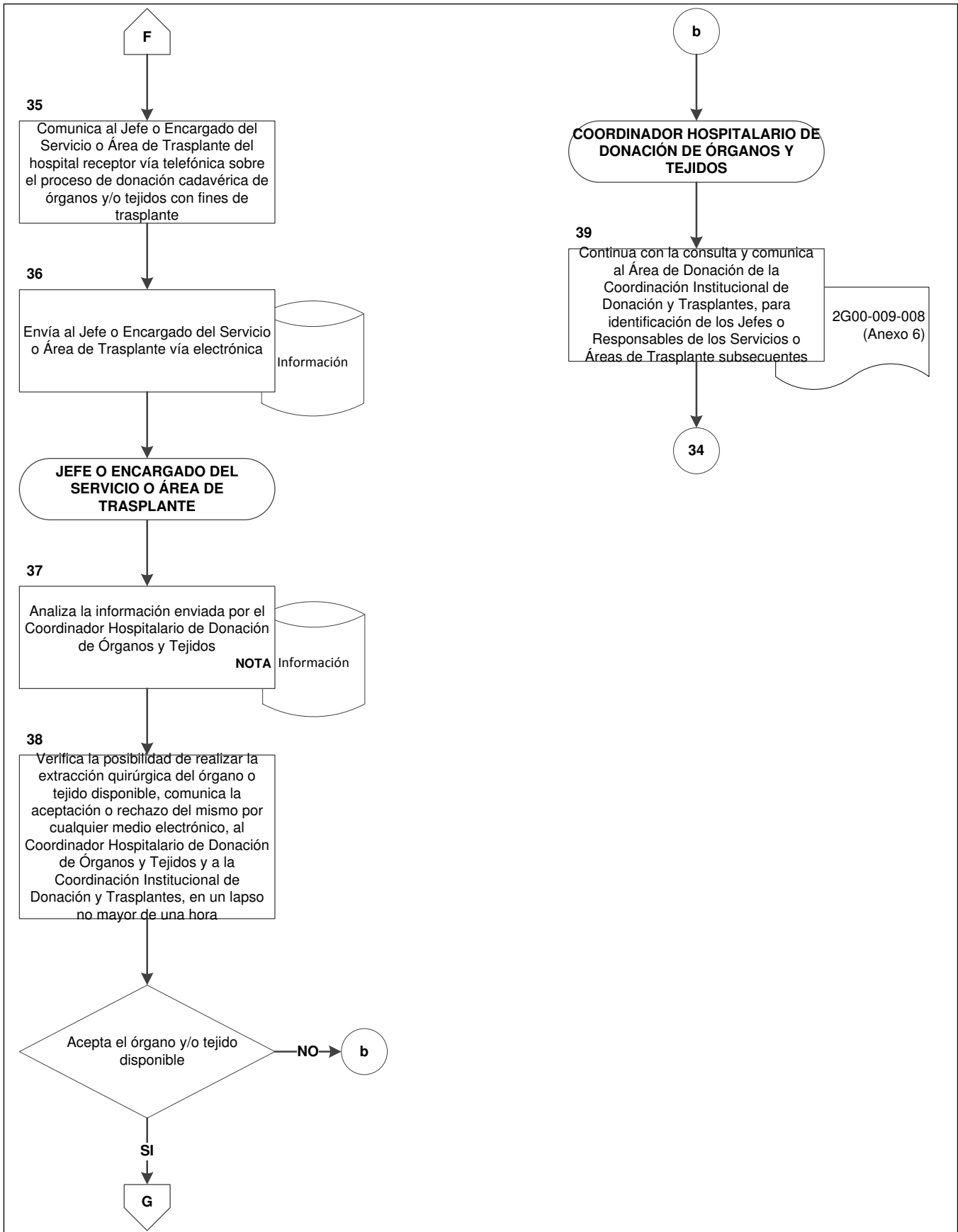


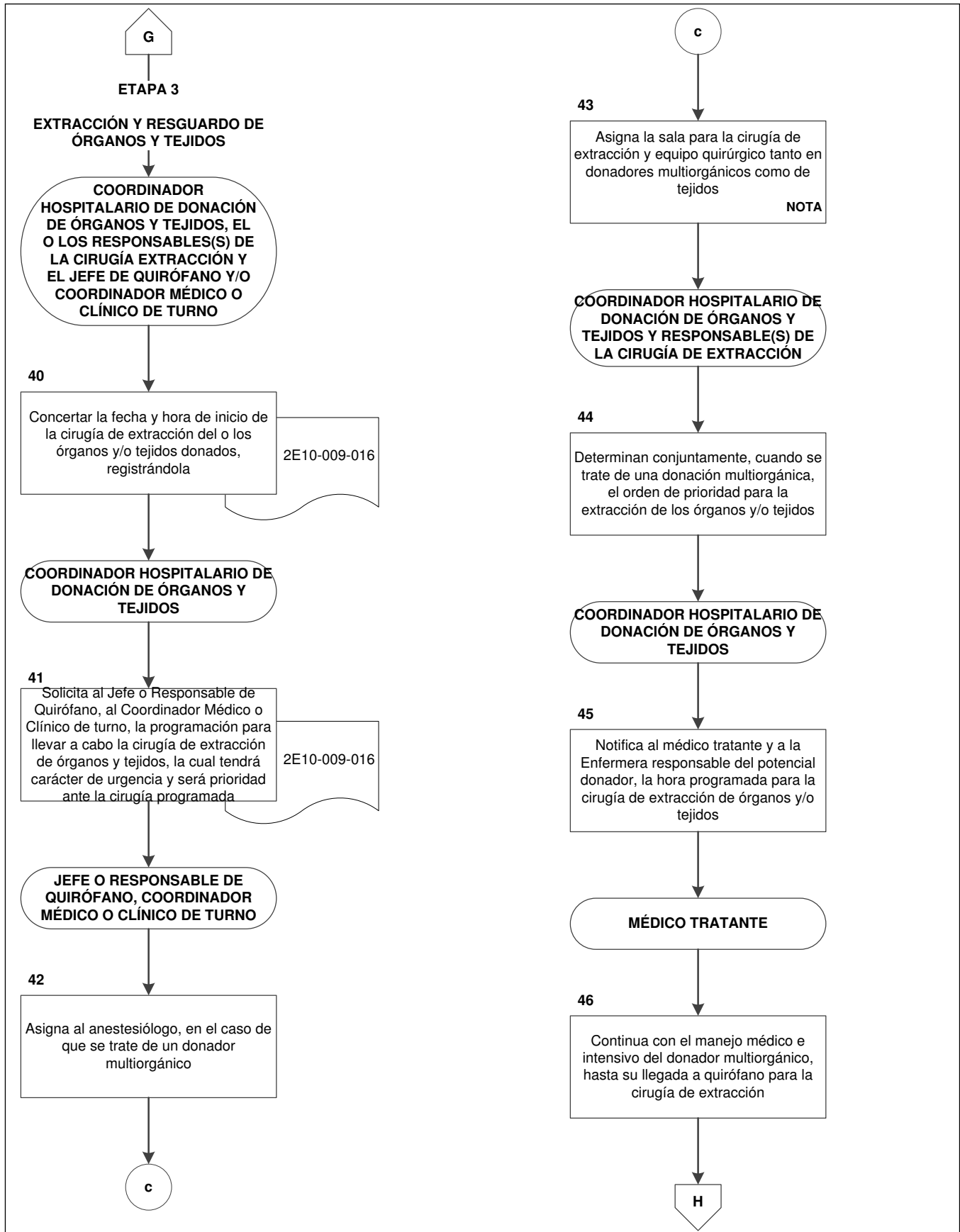


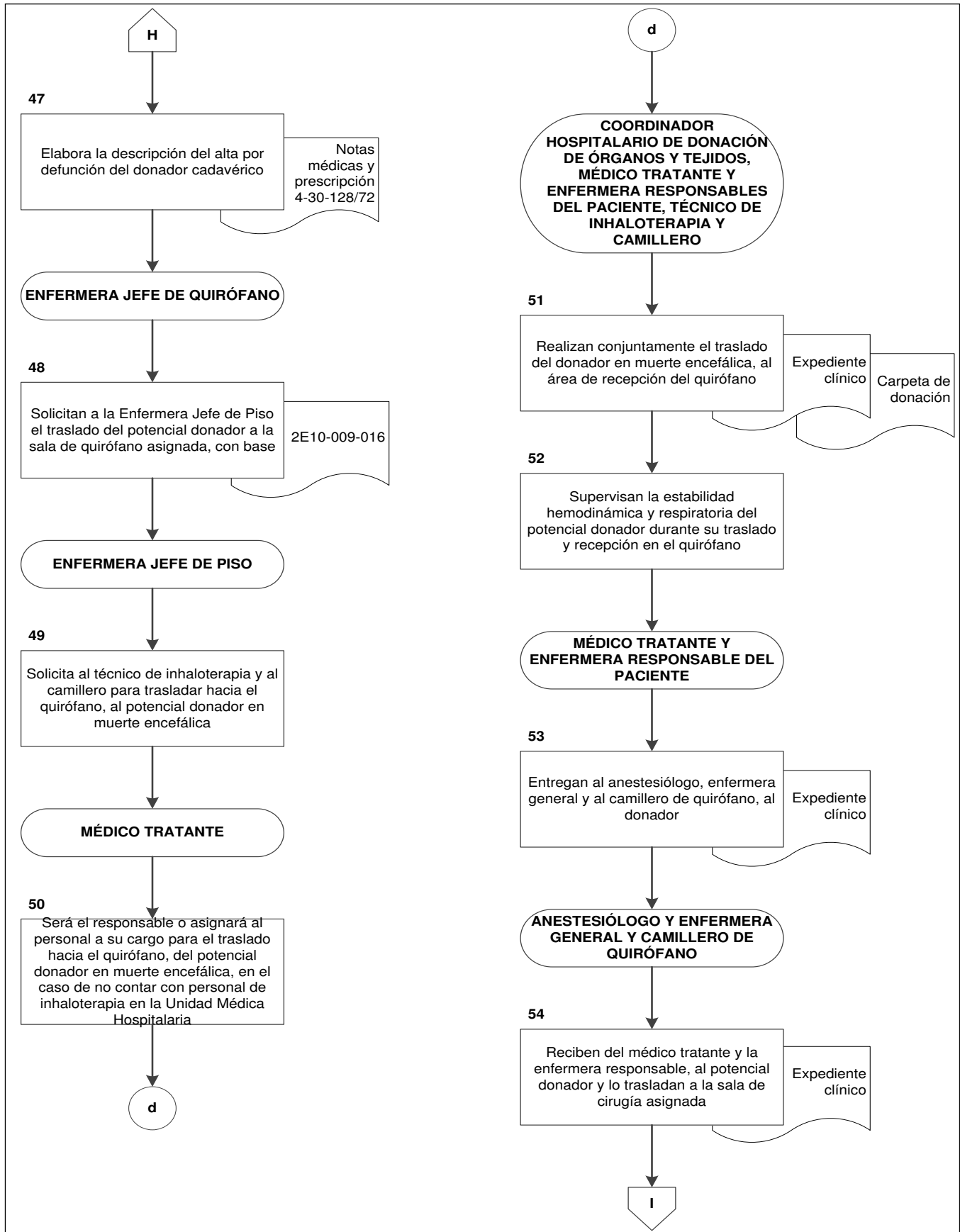


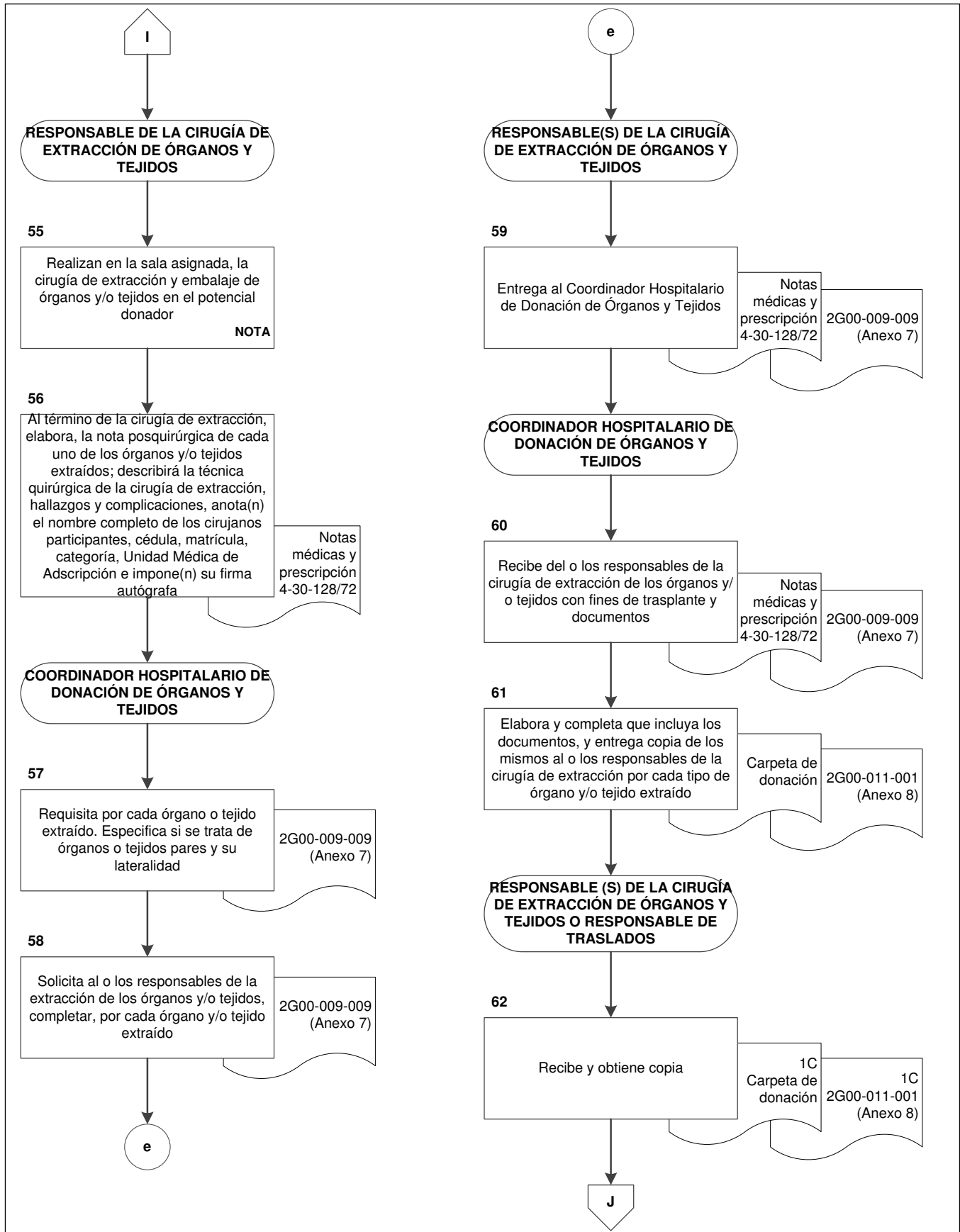


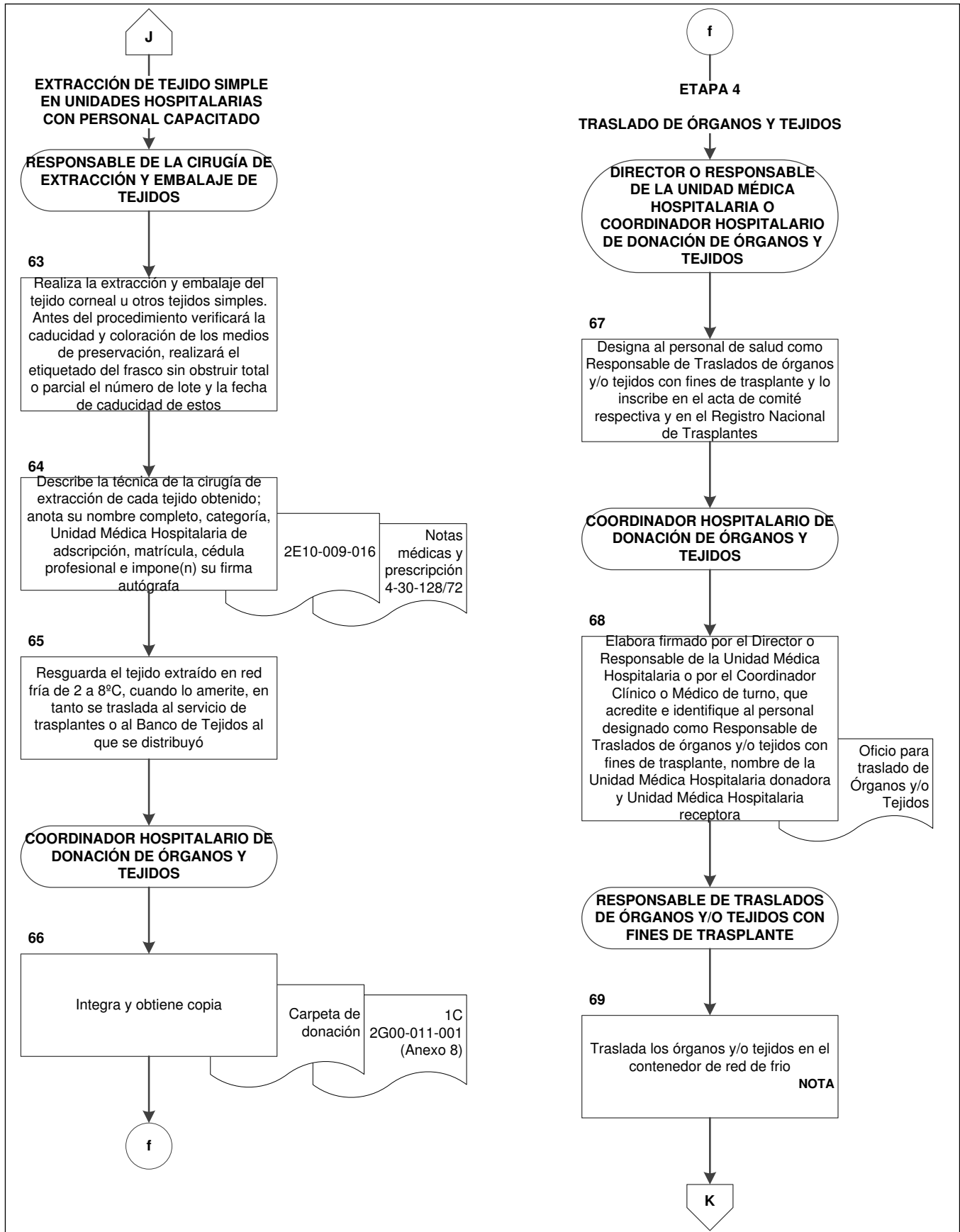


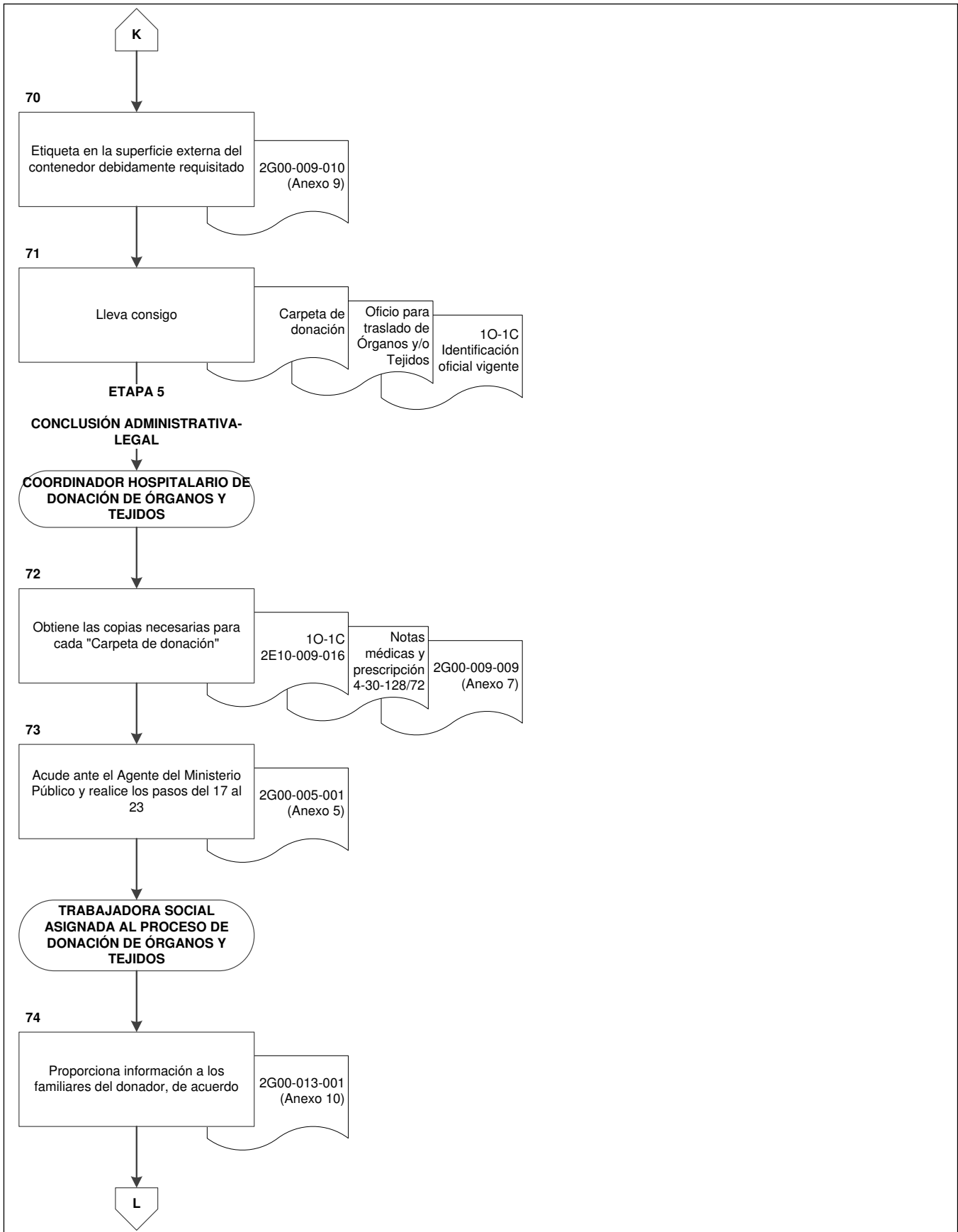


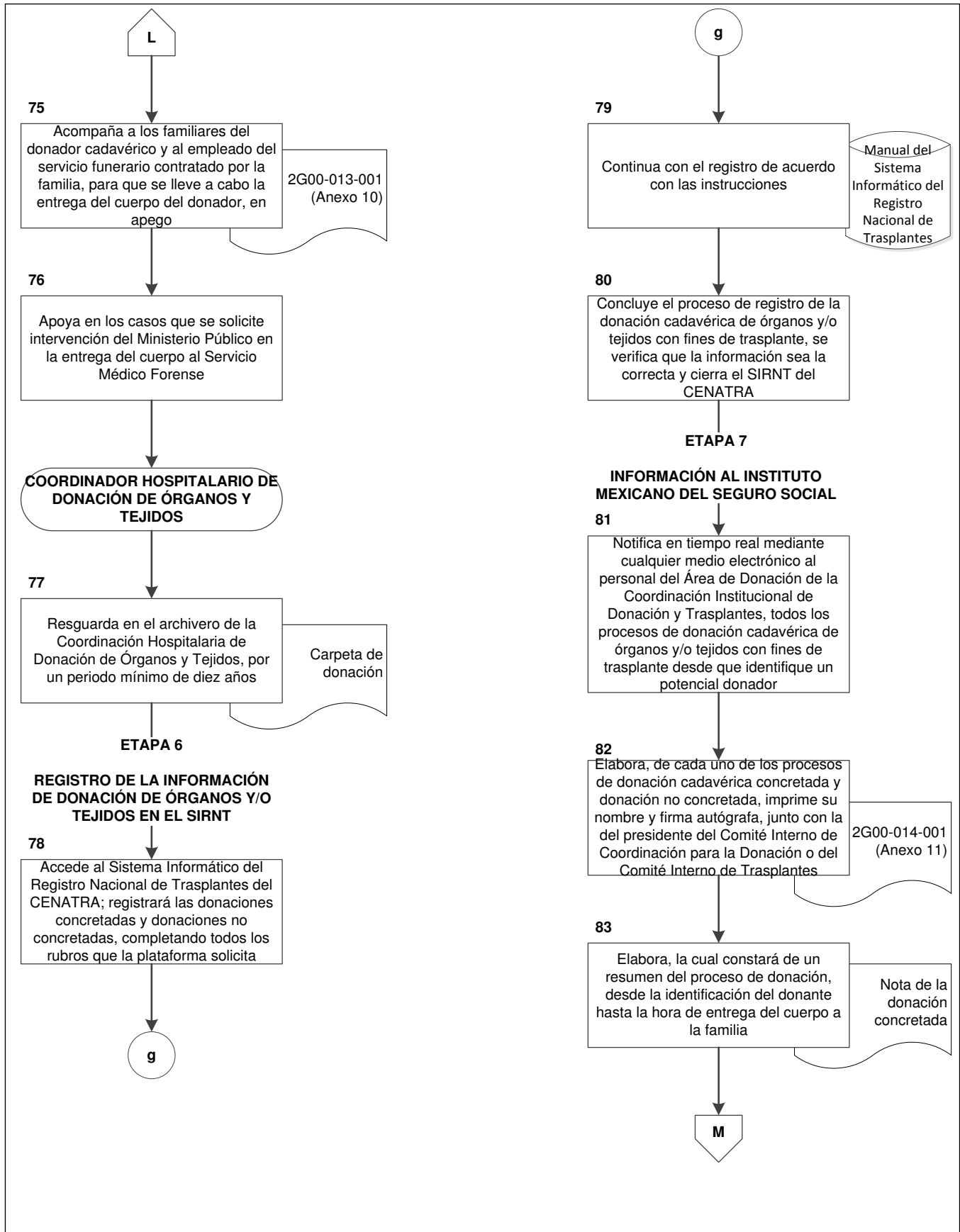


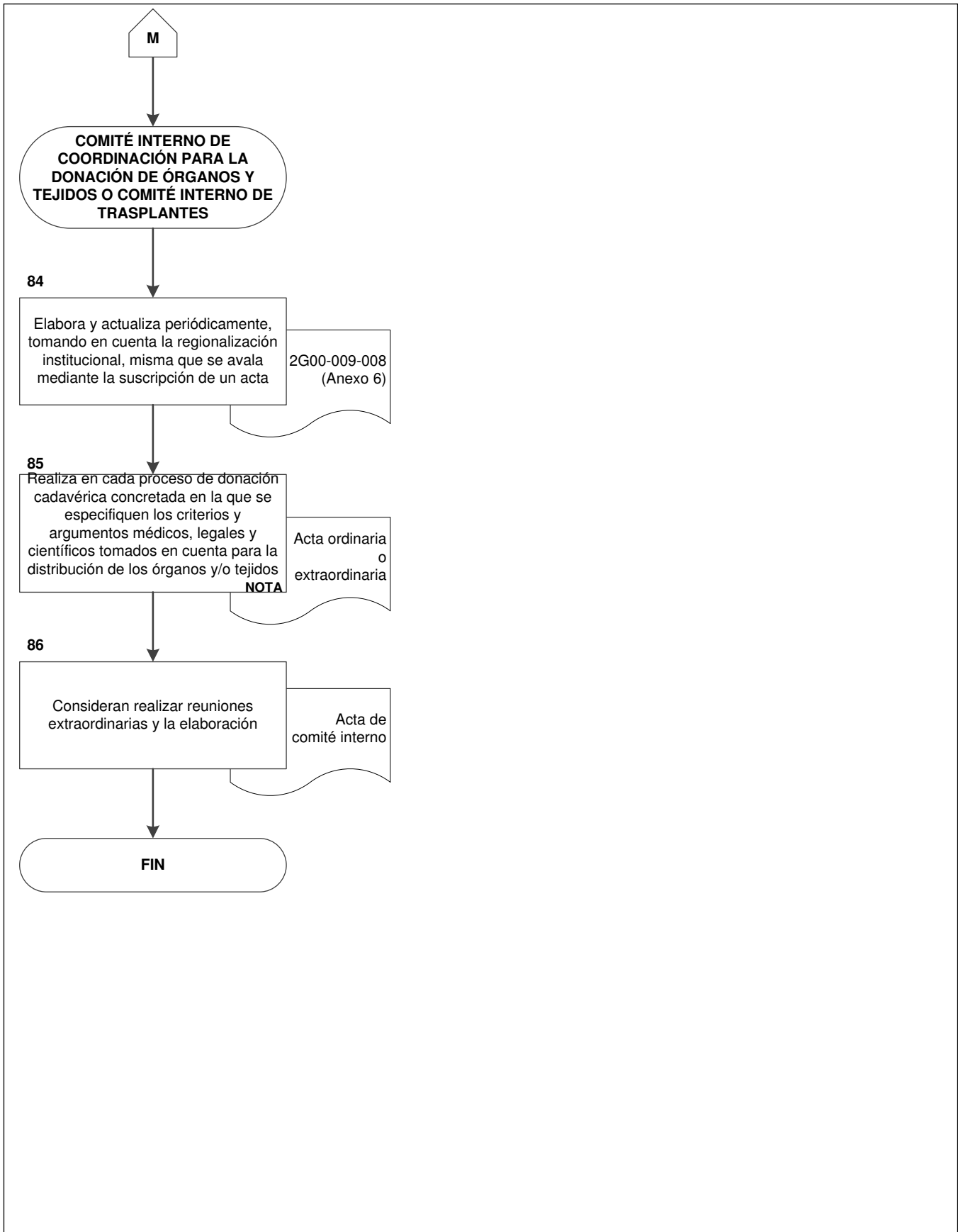














ANEXO 1

**Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines
de trasplante
2G00-009-004**



FOLIO: **1**

Clave: 2G00-009-004



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
CERTIFICADO DE LA PÉRDIDA DE LA VIDA (2G00-009-004)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: **2**

CLUES: **3** OOAD: **4** CVE. PTAL: **5** Licencia Sanitaria: **6**
Nombre: **7** Teléfono: **8**
Domicilio: **9** RNT: **10**

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: **11** Sexo: **12** NSS: **13** Agregado: **14**
Edad: **15** años mes CURP: **16** Fecha de nacimiento: **17** Entidad: **18**
Servicio: **19** Cama: **20** Fecha y hora de ingreso: **21**

Diagnóstico principal de ingreso: **22**

Diagnóstico principal de muerte: **23**

3.- CERTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA VIDA:

El/la que suscribe: **24** en mi carácter **25**

Cédula Profesional: **26** Matrícula: **27** manifiesto que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,

El / la C. **28** **HA PERDIDO LA VIDA**, corroborado por de la siguiente prueba:
29 con fecha y hora: **30**

De acuerdo con el **artículo 343 de la Ley General de Salud**, la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible. La muerte encefálica se determina cuando se verifican 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

De acuerdo con el **artículo 344 de la Ley General de Salud**, los signos clínicos de la muerte encefálica deberán corroborarse por cualquiera pruebas que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, corroborado por un médico especialista, o la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Con base en lo anterior, el que suscribe **CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA**.

31

Nombre, cédula profesional y firma del personal médico que certifica

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-004



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANOTAR

| No. | DATO | |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> |



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

| No. | DATO | INSTRUCTIVO DE LLENADO ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| | | Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO |
| 8 | Teléfono | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo de la persona, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente". NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera: 1. Dos dígitos: día de la atención |



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

| No. | DATO | INSTRUCTIVO DE LLENADO ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|---|
| 14 | Agregado | <p>2. Dos dígitos: mes de la atención 3. Dos dígitos: año de la atención 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas</p> <p>Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901</p> <p>El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente.</p> <p>El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social. Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")</p> <p>NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados. Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado Sexo: M. Hombre F. Mujer Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente</p> |
| 15 | Edad | <p>La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención. Ejemplo: 38 años 9 meses</p> |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | <p>La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial. Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9</p> |
| 17 | Fecha de nacimiento | <p>La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado</p> |



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.

DATO

ANOTAR

- solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.
Ejemplo: 08/01/2001
- 18 Entidad federativa de nacimiento La entidad federativa en la que nació la persona, asentada en el documento probatorio.
Ejemplo: MICHOACÁN
- NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI.
- NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE).
- 19 Servicio La clave (compuesta por cuatro dígitos) y nombre del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades".
Ejemplo: 4800 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS
- NOTA: El "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades" se encuentra disponible en: <http://infosalud.imss.gob.mx>.
- 20 Número de cama El número de cama censable o no censable, asignada a la persona en el servicio donde se recibe la atención, con número arábigo.
Ejemplo: 256
- 21 Fecha y hora de ingreso La fecha y hora del ingreso hospitalario, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.
Ejemplo: 08/01/2021 20:30
- 22 Diagnóstico principal de ingreso El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que motivó el ingreso y la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado.
Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA
- NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.
- NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado, pero no establecido,



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO ANOTAR

| No. | DATO | |
|-----|-----------------------------------|--|
| | | es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. |
| | | NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 ^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es |
| 23 | Diagnóstico principal de muerte | El principal diagnóstico (proceso patológico, enfermedad o lesión), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que de acuerdo con el criterio médico produjo directamente la defunción. Ejemplo: 8D60.1 EDEMA CEREBRAL |
| | | NOTA 1: Se debe evitar registrar en este apartado las enfermedades o sucesos antecedentes que dieron origen a la causa básica de la defunción, esta información debe conocerse y registrarse en el sistema electrónico interno de gestión de calidad e información. |
| | | NOTA 2: Evitar señalar modos de morir como: asistolia, muerte encefálica. |
| | | NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 ^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es |
| 24 | Datos de la persona que certifica | Los datos del Médico No Familiar o Directivo que realiza la certificación de la pérdida de la vida: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), matrícula, cédula profesional, carácter o cargo (categoría y especialidad). Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 89714495 MÉDICO NO FAMILIAR (INTENSIVISTA) |
| 25 | Nombre completo | El nombre completo de la persona, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 26 | Prueba auxiliar | El nombre de la prueba auxiliar que confirma el diagnóstico de muerte. Ejemplo: ELECTROENCAFALOGRAMA |
| 27 | Fecha y hora de la prueba | La fecha y hora en que se realizó la prueba instrumental que confirma la muerte, con números arábigos, en el siguiente |



ANEXO 1

Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

| No. | DATO | INSTRUCTIVO DE LLENADO ANOTAR |
|------------|---|---|
| 28 | Datos de la persona que suscribe la certificación | <p>formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> <p>NOTA: Esta información deberá coincidir invariablemente en todos los documentos que se generen como parte de la atención y protocolo de donación cadavérica con fines de trasplante, en donde de la persona se solicite la "Fecha y hora de defunción".</p> <p>Los datos del Médico No Familiar o Directivo que realiza la certificación de la pérdida de la vida: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), cédula profesional, y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 49589714</p> |



ANEXO 2

**Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante
2G00-009-005**



FOLIO: **1**

Clave: 2G00-009-005



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
FORMATO DE NEGATIVA FAMILIAR PARA LA
DONACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE (2G00-009-005)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Fecha y hora de elaboración: **2**

CLUES: **3** OOAD: **4** CVE. PTAL: **5** Licencia Sanitaria: **6**

Nombre: **7** Teléfono: **8**

Domicilio: **9** RNT: **10**

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: **11** Sexo: **12** NSS: **13** Agregado: **14**

Edad: **15** años mes CURP: **16** Fecha de nacimiento: **17** Entidad: **18**

Servicio: **19** Cama: **20** Fecha y hora de ingreso: **21**

Diagnóstico principal de ingreso: **22**

Diagnóstico principal de muerte: **23**

Prueba que demuestra la muerte: **24** Fecha y hora de estudio: **25**

3.- DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE

El/la que suscribe: **26** en mi carácter **27** disponente secundario, con identificación oficial vigente, sobre el hoy occiso/a C. **28** hago constar que se me ha proporcionado información completa sobre la donación de órganos y/o tejidos, altruista y gratuita, con fines de trasplante; por lo que se me ha propuesto tal acto; lo anterior fue realizado en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo. Se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido derivadas de la información proporcionada, por lo que manifesté estar enteramente satisfecho y he comprendido cabalmente toda la información otorgada. Por tanto, en pleno uso de mis facultades mentales y en el ejercicio de mi capacidad legal, libre de coacción, manifiesto bajo protesta de decir la verdad que expreso mi libre voluntad para **NO AUTORIZAR DONAR** los órganos y/o tejidos de mi familiar.

4.- MOTIVOS O POSIBLES CAUSAS DE LA NEGATIVA (Marcar con una "X" las razones) **29**

01 Mi religión no me lo permite.

02 Creo que el cuerpo debe enterrarse completo.

03 El paciente en vida me dijo: "que no quería donar".

04 Desconozco la postura de mi familiar ante la donación.

05 No cuento con la información suficiente respecto la donación de órganos y/o tejidos.

06 Nuestra familia no se pone de acuerdo en la decisión de autorizar la donación.

07 Por el "¿qué dirá mi familia o la sociedad?".

08 Falta de apoyo familiar en los trámites administrativos y/o económicos.

09 Creo que no está muerto, espero un milagro.

10 No quiero que maltraten el cuerpo de mi familiar.

11 Mi familiar ha sufrido mucho.

12 Estamos inconformes con la atención médica, que recibí.

13 Porque no recibiré nada a cambio.

14 No deseo tomar decisiones en este momento.

15 Tengo duda sobre el uso que se le dará a los órganos y/o tejidos.

16 Ya me quiero llevar a mi familiar.

17 El trámite para la donación lleva mucho tiempo y no quiero esperar más.

18 El trámite legal lleva mucho tiempo y no quiero esperar más.

19 Otro (especificar): _____

30

Firma del disponente secundario

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-005



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------|---|
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> <p>NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP).</p> |
| 8 | Teléfono | <p>El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada.</p> <p>Ejemplo: 55 5627 6900</p> |
| 9 | Domicilio | <p>La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal.</p> <p>NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP).</p> |
| 10 | RNT | <p>El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA.</p> <p>Ejemplo: 418</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| 11 | Nombre | <p>El nombre completo el potencial donador, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes.</p> <p>Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA</p> |
| 12 | Sexo | <p>El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda.</p> <p>Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE</p> |
| 13 | Número de Seguridad Social | <p>El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion.</p> <p>Ejemplo: 1175-56-6233</p> <p>NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente".</p> <p>NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dos dígitos: día de la atención2. Dos dígitos: mes de la atención3. Dos dígitos: año de la atención4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas <p>Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901</p> <p>El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente.</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|--|
| 14 | Agregado | <p>El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social.</p> <p>Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")</p> <p>NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados.</p> <p>Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado</p> <p>Sexo: M. Hombre F. Mujer</p> <p>Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente</p> |
| 15 | Edad | <p>La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención.</p> <p>Ejemplo: 38 años 9 meses</p> |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | <p>La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial.</p> <p>Ejemplo: LO SC191201HVZSNRA9</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|--|
| 17 | Fecha de nacimiento | <p>La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2001</p> |
| 18 | Entidad federativa de nacimiento | <p>La entidad federativa en la que nació el potencial donador, asentada en el documento probatorio.</p> <p>Ejemplo: MICHOACÁN</p> <p>NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI.</p> <p>NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE).</p> |
| 19 | Servicio | <p>La clave (compuesta por cuatro dígitos) y nombre del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades".</p> <p>Ejemplo: 4800 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS</p> <p>NOTA: El "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades" se encuentra disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx.</p> |
| 20 | Número de cama | <p>El número de cama censable o no censable, asignada al potencial donador en el servicio donde se recibe la atención, con número arábigo.</p> <p>Ejemplo: 256</p> |
| 21 | Fecha y hora de ingreso | <p>La fecha y hora del ingreso hospitalario, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|---|
| 22 | Diagnóstico principal de ingreso | <p>El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72, que motivó el ingreso y la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado.</p> <p>Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA</p> <p>NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.</p> <p>NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: “posible”, “dudoso”, o “sospecha de”, que haya sido considerado, pero no establecido, es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación.</p> <p>NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^º revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es</p> |
| 23 | Diagnóstico principal de muerte | <p>El principal diagnóstico (proceso patológico, enfermedad o lesión), sin abreviaturas, registrado en el formato “Notas médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72, que de acuerdo con el criterio médico produjo directamente la defunción.</p> <p>Ejemplo: 8D60.1 EDEMA CEREBRAL</p> <p>NOTA 1: Se debe evitar registrar en este apartado las enfermedades o sucesos antecedentes que dieron origen a la causa básica de la defunción.</p> <p>NOTA 2: Evitar señalar modos de morir como: asistolia, muerte encefálica.</p> <p>NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^º revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|---------------------------|---|
| 24 | Prueba auxiliar | <p>El nombre de la prueba auxiliar que confirma el diagnóstico de muerte.</p> <p>Ejemplo: ELECTROENCAFALOGRAMA</p> |
| 25 | Fecha y hora de la prueba | <p>La fecha y hora en que se realizó la prueba instrumental que confirma la muerte, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> <p>NOTA: Esta información deberá coincidir invariablemente en todos los documentos que se generen como parte de la atención y protocolo de donación cadavérica con fines de trasplante, en donde de la persona se solicite la "Fecha y hora de defunción".</p> |
| 26 | Nombre completo | <p>El nombre completo del familiar, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes.</p> <p>Ejemplo: GARCÍA LÓPEZ MARÍA</p> |
| 27 | Carácter | <p>El parentesco por consanguinidad o civil que se tiene con el potencial donador, considerando el orden de prelación establecido en la Ley.</p> <p>Ejemplo: ESPOSA/O</p> |
| 28 | Nombre completo | <p>El nombre completo de la persona, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes.</p> <p>Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA</p> |



ANEXO 2

Formato de negativa familiar para la donación de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|---|
| 29 | Causas de negativa | <p>Marcar con una "X" las razones por las que el disponente secundario no otorga su "Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante" clave: 2G00-009-006 (Anexo 3), en caso de no estar incluido registrar en renglón 19 de "otro".</p> <p>NOTA: Los motivos o posibles causas por las cuáles existió el disentimiento para la donación (conocido como negativa familiar). Este apartado es opcional para el familiar, sin embargo, en tal caso, deberá ser requisitado por la persona que realizó la entrevista, según los hallazgos obtenidos.</p> <p>Ejemplo: "MI RELIGIÓN NO ME LO PERMITE"</p> |
| 30 | Firma disponente secundario | <p>La firma autógrafa con tinta azul del disponente secundario.</p> <p>NOTA: Es necesario anexar copia de la identificación oficial vigente.</p> |

Clave: 2G00-009-005



ANEXO 3

Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante
2G00-009-006



FOLIO: **1**

Clave: 2G00-009-006



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE (2G00-009-006)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: **2**

CLUES: **3** OOAD: **4** CVE. PTAL: **5** Licencia Sanitaria: **6**
Nombre: **7** Teléfono: **8**
Domicilio: **9** RNT: **10**

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: **11** Sexo: **12** NSS: **13** Agregado: **14**
Edad: **15** años mes CURP: **16** Fecha de nacimiento: **17** Entidad: **18**
Servicio: **19** Cama: **20** Fecha y hora de ingreso: **21**
Diagnóstico principal de ingreso: **22**
Diagnóstico principal de muerte: **23**
Prueba que demuestra la muerte: **24** Fecha y hora de estudio: **25**

3.- DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE

El/la que suscribe: **26** en mi carácter **27** disponente secundario, con identificación oficial vigente, sobre el hoy occiso/a C. **28** hago constar que se me ha proporcionado información completa sobre la donación de órganos y/o tejidos, altruista y gratuita, con fines de trasplante; por lo que se me ha propuesto tal acto; lo anterior fue realizado en forma amplia, precisa y suficiente en un lenguaje claro y sencillo. Se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido derivadas de la información proporcionada, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho y he comprendido cabalmente toda la información otorgada. Por lo anterior, en pleno uso de mis facultades mentales y en el ejercicio de mi capacidad legal, libre de coacción, manifiesto bajo protesta de decir la verdad que expreso mi libre voluntad para **AUTORIZAR DONAR** los órganos y/o tejidos de mi familiar que a continuación se describen:

4.- DATOS DEL DISPONENTE SECUNDARIO

Nombre: **29** CURP: **30** Teléfono: **31**
Escolaridad: **32** Ocupación: **33** Estado civil: **34**
Domicilio: **35**

36

Firma del disponente secundario

5.- DATOS DE LOS TESTIGOS

Datos del testigo 1. Nombre: **37** CURP: **38**
Escolaridad: **39** Ocupación: **40** Estado civil: **41**
Domicilio: **42**

Datos del testigo 2. Nombre: **43** CURP: **44**
Escolaridad: **45** Ocupación: **46** Estado civil: **47**
Domicilio: **48**

49

50

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-006



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> |



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| 8 | Teléfono | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo de la persona, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente". NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera: 1. Dos dígitos: día de la atención 2. Dos dígitos: mes de la atención 3. Dos dígitos: año de la atención 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas |



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|---|
| | | Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901 |
| | | El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente. |
| 14 | Agregado | El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social. Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente") |
| | | NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados. |
| | | Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado Sexo: M. Hombre F. Mujer Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente |
| 15 | Edad | La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención. Ejemplo: 38 años 9 meses |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial. Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9 |
| 17 | Fecha de nacimiento | La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2001 |
| 18 | Entidad federativa | La entidad federativa en la que nació la persona, asentada en |



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|--|
| | de nacimiento | el documento probatorio. Ejemplo: MICHOACÁN |
| | | NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI. |
| | | NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE). |
| 19 | Servicio | La clave (compuesta por cuatro dígitos) y nombre del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades". Ejemplo: 4800 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS |
| | | NOTA: El "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades" se encuentra disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx . |
| 20 | Número de cama | El número de cama censable o no censable, asignada a la persona en el servicio donde se recibe la atención, con número arábigo. Ejemplo: 256 |
| 21 | Fecha y hora de ingreso | La fecha y hora del ingreso hospitalario, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30 |
| 22 | Diagnóstico principal de ingreso | El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que motivó el ingreso y la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA |
| | | NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. |
| | | NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado, pero no establecido, es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. |
| | | NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis |



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------|--|
| 23 | Nombre completo | de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 ^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es El nombre completo del familiar, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA LÓPEZ MARÍA |
| 24 | Carácter | El parentesco por consanguinidad o civil que se tiene con la persona, considerando el orden de prelación establecido en la Ley. Ejemplo: ESPOSA/O |
| 25 | Nombre completo | El nombre completo de la persona, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 26 | Procedimiento | La prueba auxiliar para el diagnóstico que se va a realizar, que evalúe el flujo encefálico arterial y requiere uso de contraste intravenoso. Ejemplo: ANGIOTOMOGRAFÍA CEREBRAL |
| 27 | Diagnóstico actual | El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que motiva la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA |

NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos.

NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado, pero no establecido, es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación.

NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^ª



ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para la realización de pruebas auxiliares diagnósticas de muerte encefálica INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|---|
| 28 | Carácter del procedimiento | revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es El carácter que tiene el procedimiento respecto a la atención. Ejemplo: URGENTE CONCERTADO. |
| 29 | Beneficios | Los beneficios que la persona podrá obtener al aceptar el procedimiento. Ejemplo: Contar con una prueba instrumental confirmatoria. |
| 30 | Riesgos | Las condiciones que pueden presentarse derivado de aceptar le procedimiento. Ejemplo: Inestabilidad hemodinámica, reacción anafiláctica. |
| 31 | Alternativas de atención | Las alternativas al procedimiento propuesto a las que puede acceder. Ejemplo: ELECTROENCEFALOGRAMA. |
| 32 | Riesgos en caso de no aceptar | Las condiciones posibles que pueden suceder en caso de no aceptar el procedimiento. Ejemplo: No es posible confirmar diagnóstico o iniciar otros protocolos. |
| 33 | Datos del familiar | El nombre completo del familiar, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS, y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: GARCÍA LÓPEZ MARÍA |
| 34 | Datos de la persona que solicita | Los datos del Médico No Familiar que solicita el consentimiento: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), matrícula, cargo (categoría y especialidad) y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 89714495 MÉDICO NO FAMILIAR (INTENSIVISTA) |
| 35 | Datos del testigo 1 | El nombre completo del testigo 1, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS, y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: DUARTE JUÁREZ EMILIO |
| 36 | Datos del testigo 2 | El nombre completo del testigo 2, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS, y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: HERNÁNDEZ PÉREZ LUIS |



ANEXO 4

**Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia
2G00-009-007**



FOLIO: 1

Clave: 2G00-009-007



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
SOLICITUD DE INTERVENCIÓN MINISTERIAL PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE A LOS QUE SE LES ORDENA NECROPSIA (2G00-009-007)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: 2

CLUES: 3 OOAD: 4 CVE. PTAL: 5 Licencia Sanitaria: 6

Nombre: 7 Teléfono: 8

Domicilio: 9 RNT: 10

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: 11 Sexo: 12 NSS: 13 Agregado: 14

Edad: 15 años 11 mes CURP: 16 Fecha de nacimiento: 17 Entidad: 18

Diagnóstico principal de muerte: 19

Prueba que demuestra la muerte: 20 Fecha y hora de estudio: 21

3.- ESPECIFICACIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE A EXTRAER

22

4.- DATOS DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO 23

Número de la agencia: Teléfono:

Domicilio:

Turno Mesa Fecha y hora de recepción de solicitud:



Sello de la agencia del Ministerio Público

4.- SOLICITUD AL AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO

Bajo protesta de decir la verdad solicito, en los términos del artículo 328 de la Ley General de Salud, la intervención al Ministerio Público a fin de que se pronuncie mediante oficio o acta de anuencia, respecto a la extracción con fines de trasplantes de órganos y tejidos del donador, de acuerdo, a lo contemplado en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

24

Nombre, cédula profesional y firma del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-007

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)



ANEXO 4

Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> |



ANEXO 4

Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| 8 | Teléfono | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo del potencial donador, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente". NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera: 1. Dos dígitos: día de la atención 2. Dos dígitos: mes de la atención 3. Dos dígitos: año de la atención 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas |



ANEXO 4

Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|---|
| | | Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901 |
| 14 | Agregado | <p>El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente.</p> <p>El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social.</p> <p>Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")</p> <p>NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados.</p> <p>Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado</p> <p>Sexo: M. Hombre F. Mujer</p> <p>Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente</p> |
| 15 | Edad | <p>La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención.</p> <p>Ejemplo: 38 años 9 meses</p> |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | <p>La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial.</p> <p>Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9</p> |
| 17 | Fecha de nacimiento | <p>La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2001</p> |
| 18 | Entidad federativa | <p>La entidad federativa en la que nació del potencial donador,</p> |



ANEXO 4

Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|---------------------------------|--|
| | de nacimiento | asentada en el documento probatorio. Ejemplo: MICHOACÁN NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI. NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE). |
| 19 | Diagnóstico principal de muerte | El principal diagnóstico (proceso patológico, enfermedad o lesión), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que de acuerdo con el criterio médico produjo directamente la defunción. Ejemplo: 8D60.1 EDEMA CEREBRAL NOTA 1: Se debe evitar registrar en este apartado las enfermedades o sucesos antecedentes que dieron origen a la causa básica de la defunción. NOTA 2: Evitar señalar modos de morir como: asistolia, muerte encefálica. NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 ^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es |
| 20 | Prueba auxiliar | El nombre de la prueba auxiliar que confirma el diagnóstico de muerte. Ejemplo: ELECTROENCEFALOGRAMA |
| 21 | Fecha y hora de la prueba | La fecha y hora en que se realizó la prueba instrumental que confirma la muerte, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30 NOTA: Esta información deberá coincidir invariablemente en todos los documentos que se generen como parte de la atención y protocolo de donación cadavérica con fines de trasplante, en donde de la persona se solicite la "Fecha y hora de defunción". |
| 22 | Autorización | Los órganos y/o tejidos que el familiar AUTORIZÓ DONAR , indicando según sea el caso: nombre de cada órgano y/o tejido y lateralidad. Ejemplo: CORAZÓN, RIÑÓN IZQUIERDO, RIÑÓN DERECHO NOTA: La información aquí contenida debe coincidir con los demás documentos en los que se solicite este dato. |



ANEXO 4

Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|------------|---------------------|--|
| 23 | Datos de la Agencia | Los datos completos y oficiales de la Agencia del Ministerio Público que corresponda: <ol style="list-style-type: none">1. Número de la agencia2. Teléfono: de diez dígitos, incluyendo clave lada3. Domicilio: indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal.4. Turno en el que se acude5. Mesa en la que se recibe el trámite6. Fecha y hora de recepción: con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.7. Sello en original |



ANEXO 5

**Instrucciones para realizar la intervención ministerial del proceso de donación
cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante
2G00-005-001**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

Instrucciones para realizar la intervención ministerial del proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

1. Preséntese en la Agencia del Ministerio Público correspondiente, en compañía del disponente secundario y dos testigos.
2. Identifíquese como Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos de la Unidad Médica Hospitalaria con los siguientes documentos:
 - Original y copia de una identificación oficial (Credencial para votar, Pasaporte vigente o Cartilla de Servicio Militar con antigüedad máxima de 10 años),
 - Original y copia de la Cédula profesional de Médico Cirujano o Cédula de Especialidad, expedidas por la Dirección General de Profesiones,
 - Original y copia del nombramiento de Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos emitido por el Director de la Unidad Médica Hospitalaria, el certificado emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o el Diploma emitido por la Universidad Nacional Autónoma de México.
3. Solicite audiencia con el agente del Ministerio Público, en apego al contenido del Artículo 328 de la Ley General de Salud.
4. Solicite la intervención del Ministerio Público en el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplantes, para realizar la declaración ministerial al disponente secundario y a los testigos, así como a usted mismo en su carácter de Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos.
5. Presente al Agente del Ministerio Público, para su cotejo, el original y la copia de los siguientes documentos:
 - Notas médicas y prescripción 4-30-128/72 en la que se consigna la certificación de la muerte encefálica o la defunción en parada cardíaca del potencial donador.
 - Reporte de la serología de hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis; trypanosoma cruzi y TORCH, cuando aplique. Así como, las necesarias en caso de contingencia sanitaria.
 - Reporte del método instrumental que confirma el diagnóstico de la muerte encefálica.
 - “Certificado de pérdida de la vida para la disposición de órganos y/o tejidos de con fines de trasplantes” clave: 2G00-009-004 (Anexo 1).
 - “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006 (Anexo 3).
 - Identificaciones del disponente secundario y de los dos testigos firmantes en el “Consentimiento para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres con fines de trasplante” clave: 2G00-009-006 (Anexo 3).



- “Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia” clave 2G00-009-007 (Anexo 4).
6. Recupere el original de los documentos, una vez concluida la acción de cotejo.
 7. Obtenga sello de la Agencia del Ministerio Público en el espacio correspondiente del Acta para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia
 8. Obtenga el sello de recibido y verifique que corresponda al día, mes y año en que se inicia el trámite en la Agencia del Ministerio Público.
 9. Comparezca ante el agente del Ministerio Público en relación con los datos generales de identificación y explique el motivo de la comparecencia.
 10. Lea cuidadosamente el contenido de todas y cada una de las hojas del Acta de la Comparecencia y solicite las modificaciones en caso de ser necesario.
 11. Imponga su firma autógrafa al margen inferior derecho de cada una de las hojas del Acta de la Comparecencia y en el espacio indicado para tal efecto.
 12. Solicite y obtenga del Titular de la Agencia del Ministerio Público una copia simple del Acta de la Comparecencia.
 13. Espere que se concrete la intervención ministerial, consistente en:
 - Comparecencia del disponente secundario,
 - Comparecencia de los dos testigos,
 - Solicitud del agente del Ministerio Público al Médico Legista adscrito a la propia Agencia y perteneciente a la Procuraduría de la entidad federativa correspondiente, para que realice el “Dictamen de pérdida de la vida”.
 14. Reciba del Titular de la Agencia del Ministerio Público el Oficio de anuencia para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, para proceder a la cirugía de extracción de órganos y tejidos.
 15. Imponga su firma autógrafa de recibido en una copia del Oficio de anuencia para la disposición de órganos y/o tejidos con fines de trasplante y reciba el original y dos copias de este.
 16. Retírese de la Agencia del Ministerio Público y continúe con el proceso de la donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplantes.
 17. Al terminar el procedimiento quirúrgico de extracción, regrese ante el Agente del Ministerio Público y presente para su cotejo, el original y la copia de los siguientes documentos:



- “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica 4-30-59/17” clave: 2E10-009-016, con la respectiva relatoría de la extracción de cada tipo de órgano y/o tejido, con nombre y firma, del o los médico(s) responsable(s) de la misma.
- “Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica” clave 2G00-009-009 (Anexo 7), por cada órgano o tejido obtenido a partir de la extracción quirúrgica, firmada por el médico cirujano responsable de la misma.
- “Notas médicas y prescripción 4-30-128/72” en la que se describe el alta por defunción del donador cadavérico.

- 18.** Recupere el original de los documentos, una vez concluida la acción de cotejo.
- 19.** Comparezca ante el agente del Ministerio Público en relación con el resultado de la donación.
- 20.** Lea cuidadosamente el contenido de todas y cada una de las hojas del Acta de la Comparecencia y solicite las modificaciones en caso de ser necesario.
- 21.** Imponga su firma autógrafa al margen inferior derecho de cada una de las hojas del Acta de la Comparecencia y en el espacio indicado para tal efecto.
- 22.** Solicite y obtenga del Titular de la Agencia del Ministerio Público una copia simple Acta final de la Comparecencia.
- 23.** Despídase del personal de la Agencia del Ministerio Público y agradezca su participación.

Nota: Es importante mencionar que de acuerdo con cada Entidad Federativa en donde se presente el caso, el procedimiento puede tener variaciones mínimas, entendiendo que lo explicado anteriormente es aplicable en general en todos los Estados.



ANEXO 6

**Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias con
Programas de Trasplante
2G00-009-008**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

Lista de distribución de órganos y tejidos a las unidades médicas hospitalarias con programas de trasplante

Con la finalidad de cumplir con las disposiciones del “Procedimiento para la entrevista familiar, distribución, extracción, resguardo, traslado y registro de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica en Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo y Tercer Nivel de Atención del Instituto Mexicano del Seguro Social” y en congruencia con la regionalización del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Sesión Ordinaria del Comité Interno de _____ ¹ _____ ² de la Unidad Médica Hospitalaria _____ ³ del día _____ del mes de _____ del año _____, previo a verificar que no existen Urgencias Nacionales o Prioridades de Asignación publicadas por el Centro Nacional de Trasplantes, se establece el siguiente orden de distribución en apego a lo considerado en la Ley General de Salud y en el Reglamento en Materia de Trasplantes.

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CORAZÓN ADULTO | 4 |
|----------------------|---|----------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE HÍGADO PEDIÁTRICO | 5 |
|----------------------|--|----------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

**Lista de distribución de órganos y tejidos a las unidades médicas hospitalarias
con programa de trasplante**

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE HÍGADO ADULTO | 6 |
|---------------|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE RIÑÓN PEDIÁTRICO | 7 |
|---------------|--|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

**Lista de distribución de órganos y tejidos a las unidades médicas hospitalarias
con programa de trasplante**

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE RIÑÓN ADULTO | 8 |
|----------------------|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |

| No. | PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CÓRNEA | 9 |
|----------------------|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

**Lista de distribución de órganos y tejidos a las unidades médicas hospitalarias
con programas de trasplante**

| No. | DONACIÓN DE OTROS ÓRGANOS Y/O TEJIDOS | 10 |
|----------------------|--|----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| Observaciones | | |

NOTA: En caso de que se llevara a cabo algún cambio en el orden de la distribución, es necesario que el Comité Interno de Coordinación de la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes lo autorice con la elaboración de una nueva acta, así como anotar en el apartado de "Observaciones" el motivo de dicho cambio.

11

**Presidente del Comité Interno de
Coordinación de la Donación de Órganos
y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes**
Nombre y firma

**Coordinador Hospitalario de Donación de
Órganos y Tejidos**
Nombre, firma y cédula



ANEXO 6

Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programas de Trasplante INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|---|---|
| 1 | Comité Interno | Registrar si se trata del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes. |
| 2 | Unidad Médica Hospitalaria | Nombre completo de la Unidad Médica Hospitalaria a la que pertenece el Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes. |
| 3 | día, mes y año | Día, mes y año en la que se elaboró o actualizó este formato. |
| 4 | Programa de trasplante de corazón adulto | Anotar, de acuerdo con la regionalización institucional y de manera secuencial, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de corazón. |
| 5 | Programa de trasplante de hígado pediátrico | Anotar, de acuerdo con la regionalización institucional y de manera secuencial, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de hígado pediátrico. |
| 6 | Programa de trasplante de hígado adulto | Anotar, de acuerdo con la regionalización institucional y de manera secuencial, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de hígado adulto. |
| 7 | Programa de trasplante de riñón pediátrico | Anotar, de acuerdo con la regionalización y de manera secuencial, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de riñón pediátrico. |
| 8 | Programa de trasplante de riñón adulto | Anotar, de acuerdo con la regionalización institucional y de manera secuencial las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de riñón adulto. |



ANEXO 6

Lista de distribución de órganos y tejidos a las Unidades Médicas Hospitalarias del IMSS con Programas de Trasplante
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|------------|---------------------------------------|---|
| 9 | Programa de trasplante de córnea | Anotar de acuerdo con la regionalización institucional y de manera secuencial, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con programa de trasplante de córnea. |
| 10 | Donación de otros órganos y/o tejidos | Anotar de manera secuencial en apego a lo establecido en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Trasplantes, las Unidades Médicas Hospitalarias que cuenten con banco de tejidos como piel, hueso, tendones, músculo, válvulas cardíacas, segmentos vasculares, etc.; así como, los programas de trasplante activos de pulmón, páncreas e intestino |
| 11 | Nombre, firma y cédula | Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma autógrafa del presidente del Comité Interno de Coordinación de la Donación de Órganos y tejidos o Comité Interno de Trasplantes, así como Nombre(s), apellido paterno, apellido materno y firma autógrafa del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos. |



ANEXO 7

**Formato de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica
2G00-009-009**



FOLIO: **1**

Clave: 2G00-009-009



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
CÉDULA DE RESGUARDO DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS DE ORIGEN CADAVERÍCO (2G00-009-009)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: **2**

CLUES: **3** OOAD: **4** CVE. PTAL: **5** Licencia Sanitaria: **6**

Nombre: **7** Teléfono: **8**

Domicilio: **9** RNT: **10**

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DONADORA

Nombre: **11** Sexo: **12** NSS: **13** Agregado: **14**

Edad: **15** años mes CURP: **16** Fecha de nacimiento: **17** Entidad: **18**

Servicio: **19** Cama: **20** Fecha y hora de ingreso: **21**

Diagnóstico principal de ingreso: **22**

Diagnóstico principal de muerte: **23**

Prueba que demuestra la muerte: **24** Fecha y hora de estudio: **25**

3.- PROCESO DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS **26**

Cirugía de extracción de órganos. Fecha y hora de inicio: Fecha y hora de término:

Cirugía de extracción de tejidos. Fecha y hora de inicio: Fecha y hora de término:

Fecha y hora de los procesos. Pinzamiento aórtico: Asistolia: Entrega cuerpo:

Nombre del órgano o tejido extraído (especificar lateralidad y cantidad) **27**

4.- IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA GUARDA Y CUSTODIA DEL ÓRGANO Y/O TEJIDO **28**

EXTRACCIÓN Nombre de la unidad: CLUES: RNT:

Nombre: Céd. Prof. Categoría:

TRASLADO Nombre de la unidad: CLUES: RNT:

Nombre: Céd. Prof. Categoría:

RECEPCIÓN Nombre de la unidad: CLUES: RNT:

Nombre: Céd. Prof. Categoría:

TRASPLANTE Nombre de la unidad: CLUES: RNT:

Nombre: Céd. Prof. Categoría:

Firma del responsable de la **extracción** del órgano y/o tejido

Firma del responsable del **traslado** del órgano y/o tejido

Firma del responsable de la **recepción** del órgano y/o tejido

Firma del responsable del **trasplante** del órgano y/o tejido

29

Nombre, matrícula y firma del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-009



ANEXO 7

Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> |

NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en



ANEXO 7

Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| 8 | Teléfono | Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo el potencial donador, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 |

NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente".

NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera:

1. Dos dígitos: día de la atención
 2. Dos dígitos: mes de la atención
 3. Dos dígitos: año de la atención
 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas
- Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901

El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente.



ANEXO 7

Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|--|
| 14 | Agregado | <p>El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social. Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")</p> <p>NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados. Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado Sexo: M. Hombre F. Mujer Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente</p> |
| 15 | Edad | <p>La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención. Ejemplo: 38 años 9 meses</p> |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | <p>La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial. Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9</p> |
| 17 | Fecha de nacimiento | <p>La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2001</p> |
| 18 | Entidad federativa de nacimiento | <p>La entidad federativa en la que nació el potencial donador, asentada en el documento probatorio. Ejemplo: MICHOACÁN</p> <p>NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI.</p> <p>NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la</p> |



ANEXO 7

Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|--|
| 19 | Servicio | clave "Nacido en el extranjero" (NE). La clave (compuesta por cuatro dígitos) y nombre del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades". Ejemplo: 4800 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS |
| 20 | Número de cama | NOTA: El "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades" se encuentra disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx . El número de cama censable o no censable, asignada al potencial donador en el servicio donde se recibe la atención, con número arábigo. Ejemplo: 256 |
| 21 | Fecha y hora de ingreso | La fecha y hora del ingreso hospitalario, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30 |
| 22 | Diagnóstico principal de ingreso | El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que motivó el ingreso y la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA |
| | | NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. |
| | | NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado, pero no establecido, es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. |
| | | NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es |
| 23 | Diagnóstico principal de muerte | El principal diagnóstico (proceso patológico, enfermedad o lesión), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que de acuerdo con el criterio médico produjo directamente la defunción. Ejemplo: 8D60.1 EDEMA CEREBRAL |



ANEXO 7

Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|--|
| | | <p>NOTA 1: Se debe evitar registrar en este apartado las enfermedades o sucesos antecedentes que dieron origen a la causa básica de la defunción.</p> <p>NOTA 2: Evitar señalar modos de morir como: asistolia, muerte encefálica.</p> <p>NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es</p> |
| 24 | Prueba auxiliar | <p>El nombre de la prueba auxiliar que confirma el diagnóstico de muerte.</p> <p>Ejemplo: ELECTROENCAFALOGRAMA</p> |
| 25 | Fecha y hora de la prueba | <p>La fecha y hora en que se realizó la prueba instrumental que confirma la muerte, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |
| 26 | Proceso de extracción | <p>NOTA: Esta información deberá coincidir invariablemente en todos los documentos que se generen como parte de la atención y protocolo de donación cadavérica con fines de trasplante, en donde de la persona se solicite la "Fecha y hora de defunción".</p> <p>La fecha y hora en que se realizaron u ocurrieron los eventos que se enlistan, según corresponda, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inicio y término de la cirugía de extracción de órganos2. Inicio y término de la cirugía de extracción de tejidos3. Pinzamiento aórtico (inicio de la isquemia fría)4. Asistolia5. Entrega de cuerpo a patología <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |
| 27 | Órgano o tejido | <p>El órganos o tejido extraído, indicando según sea el caso: nombre de cada uno, cantidad y lateralidad.</p> <p>Ejemplo: RIÑÓN IZQUIERDO</p> |
| 28 | Responsables de la guarda y custodia | <p>NOTA: Se debe elaborar una cédula por cada órgano o tejido, aún en caso de que se trate de pares.</p> <p>Los datos de identificación que se enlistan, según corresponda, de las personas responsables que participan en el proceso de la extracción, traslado, recepción y trasplante:</p> |



ANEXO 7

**Cédula de resguardo de órganos y/o tejidos de origen cadavérico
INSTRUCTIVO DE LLENADO**

No.

DATO

ANOTAR

Del establecimiento de salud de adscripción del responsable:

1. Nombre
2. CLUES
3. RNT

De la persona responsable de cada etapa del proceso:

1. Nombre (iniciar por apellidos, en MAYÚSCULAS)
2. Cédula Profesional
3. Cargo o categoría
4. Firma autógrafa (con tinta azul)

NOTA 1: La CLUES se puede consultar en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgjs.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

NOTA 2: Una vez extraído el órgano o tejido, se elaborará una cédula original y cuatro copias, deberán firmarse con firma autógrafa y tinta azul por parte de la persona responsable de la extracción y el Coordinador Hospitalario de Donación, los datos restantes se recabarán durante el proceso.

29 Datos del
Coordinador

NOTA 3: Es necesario anexar copia de la identificación de cada uno.

Los datos del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos que realiza el llenado del documento: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), matrícula y firma autógrafa con tinta azul.

Ejemplo:

MARES BOTELLO ANTONIO
89714495



ANEXO 8

**Hoja de verificación de los documentos que conforman la carpeta de donación
2G00-011-001**



FOLIO: 1

Clave: 2G00-011-001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
HOJA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN LA
CARPETA DEL PROCESO DE DONACIÓN CADAVERICA (2G00-011-001)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: 2

CLUES: 3 OOAD: 4 CVE. PTAL: 5 Licencia Sanitaria: 6

Nombre: 7 Teléfono: 8

Domicilio: 9 RNT: 10

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: 11 Sexo: 12 NSS: 13 Agregado: 14

Edad: 15 años ___ mes CURP: 16 Fecha de nacimiento: 17 Entidad: 18

3- LISTADO DE DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA CARPETA DE DONACIÓN 19

| Tipo caso | | | | Verificación de los documentos |
|-----------|----|----|---|--|
| T | MO | MP | ✓ | |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carátula de la Carpeta de Contención del Expediente de Donación. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Cédula para la evaluación y selección del potencial donador (Clave: 2G00-009-003). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carta de consentimiento informado para la disposición de órganos y/o tejidos (Clave: 2G00-009-006). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | * Anexar copia de identificaciones oficiales de: donador, donante secundario y testigos. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Acta de nacimiento en donadores pediátricos. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Certificado de defunción (copia), en caso no médico-legales. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Certificado de pérdida de la vida (Clave: 2G00-009-003). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Notas médicas y prescripción donde se consigne el alta por defunción (4-30-128/72). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Notas médicas y prescripción donde la pérdida de la vida (4-30-128/72). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Resultados de gabinete relacionados con la valoración del potencial donador. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Reporte con fecha y hora del estudio de gabinete que corrobora la muerte encefálica. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Resultados de laboratorio relacionados con la valoración del potencial donador . |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica (4-30-59/17) Anverso. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica (4-30-59/17) Reverso, por cada órgano y/o tejido extraído. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Cédula de resguardo de órganos y tejidos procedentes de donación cadavérica (Clave: 2G00-009-009) |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | * Anexar copia de identificaciones oficiales de los responsables. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Solicitud de intervención ministerial para la disposición de órganos y/o tejidos (Clave: 2G00-009-007). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Oficio de anuencia, de no inconveniente o de autorización, expedido por el Ministerio Público. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Control y registro de defunciones por causas accidentales y/o violentas (Clave: 2E10-009-023). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carta de disenso informado para la disposición de órganos y/o tejidos (Clave: 2G00-009-005). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | * Anexar copia de identificaciones oficiales de: donador, donante secundario y testigos. |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Cédula de traslado de órganos y/o tejidos cadavéricos (Clave: 2G00-009-010). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Reporte del proceso de donación (Clave: 2G00-014-001). |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Nota de la donación concretada emitida por el Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos. |

20

21

Nombre completo y firma del responsable del traslado del órgano y/o tejido

Nombre, cédula profesional y firma del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-011-001

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)



ANEXO 8

Hoja de verificación de documentos que conforman la carpeta del proceso de donación cadavérica

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> |



ANEXO 8

Hoja de verificación de documentos que conforman la carpeta del proceso de donación cadavérica

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------|---|
| 8 | Teléfono | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo el potencial donador, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente". NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera: 1. Dos dígitos: día de la atención 2. Dos dígitos: mes de la atención 3. Dos dígitos: año de la atención 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas |



ANEXO 8

Hoja de verificación de documentos que conforman la carpeta del proceso de donación cadavérica

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANOTAR

No.

DATO

Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901

14 Agregado

El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería en que se documente al paciente.

El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social.

Ejemplo 1: 1M1959OR

Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")

NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados.

Carácter del derechohabiente:

0. No derechohabiente

1. Asegurado

2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino

3. Hijos

4. Padres

5. Pensionado

6. Beneficiario de pensionado

Sexo:

M. Hombre

F. Mujer

Régimen de seguridad social:

OR. Ordinario

ET. Eventual temporal y de la construcción

EC. Estacionales del campo

SA. Seguro Adicional

ES. Seguro de salud para estudiantes

SF. Seguro de familia

PE. Pensionado

ND. No Derechohabiente

15 Edad

La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención.

Ejemplo: 38 años 9 meses

16 Clave Única de Registro de Población

La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial.

Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9

17 Fecha de nacimiento

La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.

Ejemplo: 08/01/2001

18 Entidad federativa

La entidad federativa en la que nació el potencial donador,



ANEXO 8

Hoja de verificación de documentos que conforman la carpeta del proceso de donación cadavérica

INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------|--|
| | de nacimiento | asentada en el documento probatorio. Ejemplo: MICHOACÁN |
| | | NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades del INEGI. |
| | | NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE). |
| 19 | Listado documental | El signo convencional [✓] en el recuadro del documento que corresponda al corroborar su contención dentro de la "Carpeta de Donación" en el orden marcado, con tinta azul. Se colocará la palabra "NO" cuando corresponda. |
| | | NOTA: Se muestra con una tonalidad menor el mismo símbolo según el tipo de caso en el cuál es obligatorio su inclusión. |
| 20 | Datos del responsable | Los datos del responsable de traslado: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos) y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO |
| 21 | Datos del Coordinador | Los datos del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos que realiza el llenado del documento: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), cédula profesional y firma autógrafa con tinta azul. Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 89714495 |



ANEXO 9

**Formato de traslado de órganos y/o tejidos con fines de trasplante
2G00-009-010**



FOLIO: **1**

Clave: 2G00-009-010



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
CÉDULA DE TRASLADO DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS DE ORIGEN CADAVERÍCO (2G00-009-010)

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (GENERADOR)

Fecha y hora de elaboración: **2**

CLUES: **3** OOAD: **4** CVE. PTAL: **5** Licencia Sanitaria: **6**

Nombre: **7** Teléfono: **8**

Domicilio: **9** RNT: **10**

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA Y DEL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS

Primeros cuatro caracteres (letras) de la CURP: **11** Grupo y RH: **12** Tipo de caso: **13**

Cirugía de extracción de órganos: **14** Fecha y hora de inicio: _____ Fecha y hora de término: _____

Cirugía de extracción de tejidos: Fecha y hora de inicio: _____ Fecha y hora de término: _____

Nombre del órgano o tejido extraído (especificar lateralidad y cantidad) **15**

3.- IDENTIFICACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA GUARDA Y CUSTODIA DEL ÓRGANO Y/O TEJIDO **16**

TRASLADO Nombre de la unidad: _____ CLUES: _____ RNT: _____

Nombre: _____ Céd. Prof. _____ Categoría: _____

4.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (RECEPTOR **17)**

Nombre de la unidad: _____ CLUES: _____ RNT: _____

Domicilio: _____

5.- INFORME AL CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (CENATRA)

Bajo protesta de decir la verdad informo, en los términos legales aplicables y con los datos descritos en este documento, sobre la **donación generada, la disposición del órgano y/o tejido y la persona responsable del traslado** quien ha sido designada por el Comité Interno para la Donación de Órganos y Tejidos o Comité Interno de Trasplantes, está debidamente acreditada con identificación oficial vigente y lleva consigo copia fiel e íntegra del expediente generado del proceso.

18

Nombre, cédula profesional y firma del Director o Encargado de la Unidad Médica Hospitalaria

19

Nombre, cédula profesional y firma del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos

20

Firma del responsable del traslado del órgano y/o tejido

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-009-010



ANEXO 9

Cédula de traslado de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> <p>NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en</p> |



ANEXO 9

Cédula de traslado de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------|--|
| 8 | Teléfono | Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Caracteres | Los primeros cuatro caracteres (letras) de la Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO, obtenida de algún documento probatorio oficial. Ejemplo: LOSC |
| 12 | Grupo sanguíneo | El grupo sanguíneo del potencial donador de acuerdo con la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB; y el antígeno Rh: negativo o positivo. Ejemplo 1: B POSITIVO |
| 13 | Tipo de caso | El tipo de procedimiento administrativo-legal relacionado con el proceso de donación de órganos y/o tejidos, según lo dispuesto en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Los valores posibles son: <ol style="list-style-type: none">1. CASO MÉDICO2. CASO MEDICOLEGAL |
| 14 | Proceso de extracción | NOTA: Todas las defunciones de causa traumática y/o violenta requieren la intervención del Ministerio Público y se consideran casos medicolegales. La fecha y hora en que se realizaron u ocurrieron los eventos que se enlistan, según corresponda, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda: <ol style="list-style-type: none">1. Inicio y término de la cirugía de extracción de órganos2. Inicio y término de la cirugía de extracción de tejidos Ejemplo: 08/01/2021 20:30 |
| 15 | Órgano o tejido | El órganos o tejido extraído, indicando según sea el caso: nombre de cada uno, cantidad y lateralidad. Ejemplo: RIÑÓN IZQUIERDO |



ANEXO 9

Cédula de traslado de órganos y/o tejidos de origen cadavérico INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|---------------------------|---|
| 16 | Responsables del traslado | <p>NOTA: Se debe elaborar una cédula por cada órgano o tejido, aún en caso de que se trate de pares.</p> <p>Los datos de identificación que se enlistan, según corresponda, de la persona responsable del traslado del órgano o tejido.</p> <p>Del establecimiento de salud de adscripción del responsable:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nombre2. CLUES3. RNT <p>De la persona responsable de cada etapa del proceso:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nombre (iniciar por apellidos, en MAYÚSCULAS)2. Cédula Profesional3. Cargo o categoría4. Firma autógrafa (con tinta azul) <p>NOTA 1: La CLUES se puede consultar en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 17 | Datos del receptor | <p>NOTA 2: Es necesario anexar copia de la identificación del responsable.</p> <p>Los datos del establecimiento de salud destino o receptor.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Nombre2. CLUES3. RNT4. Dirección |
| 18 | Datos del Directivo | <p>NOTA 1: La CLUES se puede consultar en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> <p>Los datos del Director o Encargado del establecimiento de salud (unidad médica): nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), cédula profesional y firma autógrafa con tinta azul.</p> <p>Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 89714495</p> |
| 19 | Datos del Coordinador | <p>Los datos del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos que realiza el llenado del documento: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), cédula profesional y firma autógrafa con tinta azul.</p> <p>Ejemplo: MARES BOTELLO ANTONIO 89714495</p> |
| 20 | Firma del responsable | <p>La firma autógrafa con tinta azul de la persona responsable del traslado del órgano o tejido.</p> |



ANEXO 10

**Lineamiento para la asesoría en trámites administrativos, legales y laborales a la familia del donador cadavérico de órganos y/o tejidos con fines de trasplante
2G00-013-001**



**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS**

Lineamiento para la asesoría en trámites administrativos, legales y laborales a la familia del donador cadavérico de órganos y/o tejidos con fines de trasplante

Trabajadora Social Clínica o Trabajadora Social asignada a la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos y Tejidos

1. Realiza entrevista familiar inicial del potencial donador cadavérico, integrándola en el expediente clínico
2. Identifica el rol familiar que desempeñaba el potencial donador, el ciclo vital en que se encuentra su familia, su procedencia geográfica, nivel socioeconómico, escolaridad, religión, etc.
3. Brinda el apoyo emocional y acompañamiento que requiera la familia del potencial donador, toda vez que se efectuó la solicitud de la donación y en caso de que se encuentra en proceso su decisión.

En caso de que el potencial donador sea derechohabiente.

4. Orienta a la familia que, para iniciar los trámites por riesgo de trabajo o trayecto, deberá contar con los siguientes formatos:
 - “Aviso para calificar probable riesgo” ST 01 (requisitado por la empresa) e
 - “Informe médico inicial de probable riesgo de trabajo o trayecto” ST 4-30-8, requisitado por el médico tratante;
7. Indica a la familia del potencial donador, que debe acudir al servicio de Salud en el Trabajo de su Unidad de Medicina Familiar, con los documentos del punto anterior y efectuar el trámite para calificar el riesgo de trabajo o de trayecto.
8. Orienta a la familia del potencial donador sobre la expedición de los Certificados de incapacidad temporal para el trabajo, los cuales deben ser continuos y expedidos a partir de la primera atención médica proporcionada al paciente, ya sea en un hospital particular, o bien, en una Unidad Médica Hospitalaria del IMSS.
9. Proporciona orientación al familiar o persona legalmente responsable, sobre el trámite a realizar ante los servicios funerarios de su elección, haciéndose la lectura de:
 - Certificado de defunción, cuando se trate de donador de tejidos en parada cardíaca o por muerte encefálica de causa no traumática.
 - Certificado de defunción y oficio de inhumación, en caso de donador de órganos y/o tejidos en el que ha procedido ante el Ministerio Público.



10. Orienta a la familia o persona legalmente responsable, sobre los trámites correspondientes para obtener las prestaciones de la Ley del Seguro Social a las que tenga derecho, en su Unidad de Medicina Familiar.

- Pensión por viudez
- Pensión por viudez y orfandad
- Riesgo de Trabajo

En caso de que el potencial donador sea paciente foráneo.

11. Explica a los familiares del potencial donador que haya ingresado a la Unidad Médica Hospitalaria en forma oficial (a través de ambulancia del Instituto y con nota de referencia o contra referencia de la Unidad Médica Hospitalaria de procedencia), ya sea asegurado o beneficiario; que el IMSS les proporcionará el servicio funerario de manera gratuita consistente en el traslado a su lugar de origen y un ataúd sencillo, como una prestación de Ley y ajena totalmente a la decisión en torno a la autorización o rechazo de la disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos del potencial donador.

12. Indica a los familiares que tienen derecho al apoyo económico proporcionado por la Unidad Médica Hospitalaria a los familiares que acompañan al potencial donador durante su estancia por medio del pago de viáticos y que para su trámite requiere:

- La nota de primera atención proporcionada por el IMSS al paciente sea de la Unidad Médica Hospitalaria donde se encuentra hospitalizado el potencial donador o de la Unidad Médica Hospitalaria de procedencia.
- La nota de ingreso a la Unidad Médica Hospitalaria donde se encuentra hospitalizado el potencial donador.

Generales:

- Registra todos los resultados de sus intervenciones sociales durante el proceso de donación cadavérica de órganos y/o tejidos con fines de trasplante, en la “Nota de Trabajo Social 4-30-54/2000”
- Registra en la “Libreta de control Interno del servicio de Trabajo Social para la entrega de Certificados Defunciones 2660-021-008” el deceso del donador cadavérico de causa médica.
- Informa, que una vez contratado el servicio funerario deberá presentarse en el servicio de anatomía patológica o en el depósito de cadáveres, para la entrega e identificación del cadáver.



ANEXO 11

**Reporte de donaciones cadavéricas en Unidades Médicas Hospitalarias del Instituto
Mexicano del Seguro Social
2G00-014-001**



FOLIO: 1

Clave: 2G00-014-001



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
REPORTE DEL PROCESO DE DONACIÓN CADAVERICA (2G00-014-001)

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Fecha y hora de elaboración: 2

CLUES: 3 OOAD: 4 CVE. PTAL 5 Licencia Sanitaria: 6
Nombre: 7 Teléfono: 8
Domicilio: 9 RNT: 10

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre: 11 Sexo: 12 NSS: 13 Agregado: 14
Edad: 15 años mes CURP: 16 Fecha de nacimiento: 17 Entidad: 18
Servicio: 19 Cama: 20 Fecha y hora de ingreso: 21
Diagnóstico principal de ingreso: 22
Diagnóstico principal de muerte: 23
Prueba que demuestra la muerte: 24 Fecha y hora de estudio: 25
Grupo y RH: 26 Peso: 27 kg Talla: 28 cm IMC 29 Tipo de caso: 30

3.- PROCESO DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y/O TEJIDOS 31

Cirugía de extracción de órganos. Fecha y hora de inicio: Fecha y hora de término:
Cirugía de extracción de tejidos. Fecha y hora de inicio: Fecha y hora de término:
Fecha y hora de los procesos. Pinzamiento aórtico: Asistolia: Entrega cuerpo:

Fecha y hora del registro en el SIRNT (CENATRA): 32 ID DONADOR (SIRNT): 33 Criterios: 34

| Órgano o tejido | No. | Viable / Procurado | ID INJERTO SIRNT | Unidad Destino | | | Céd. Prof. de los responsables | |
|--------------------|-----|-----------------------|---------------------|----------------|-----|-------|--------------------------------|--------------|
| | | | | CLUES | RNT | CLAVE | De la extracción | Del traslado |
| RIÑÓN IZQUIERDO | - | | | | | | | |
| RIÑÓN DERECHO | - | | | | | | | |
| CÓRNEA IZQUIERDO | - | | | | | | | |
| CÓRNEA DERECHA | - | | | | | | | |
| HÍGADO | - | | | | | | | |
| PIEL | | | | | | | | |
| MUSCULOESQUELÉTICO | | | | | | | | |
| PULMÓN IZQUIERDO | - | | | | | | | |
| PULMÓN DERECHO | - | | | | | | | |
| PÁNCREAS | - | | | | | | | |
| CORAZÓN | | | | | | | | |
| VÁLVULAS CARDIACAS | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

39
Nombre, matrícula y firma del Coordinador Hospitalario de Donación
de Órganos y Tejidos

40
Nombre y firma del Presidente del Comité Interno de Coordinación para
la Donación de Órganos y Tejidos o Trasplantes

Fundamento: Ley General de Salud, Título Décimo Cuarto; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes; Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

Clave: 2G00-014-001

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS Y DE LOS PARTICULARES)



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------------|--|
| 1 | Folio | <p>El identificador alfanumérico interno, para el control de calidad, compuesto por dieciséis dígitos, los cuales deberán conservar la siguiente distribución de bloques, separados por un guion, y de ser necesario, anteponer uno o dos ceros en caso de que el dato esté en unidades o decenas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tres dígitos: número progresivo de caso2. Tres dígitos: Registro Nacional de Trasplantes (RNT)3. Dos dígitos: corresponde al mes de la atención4. Cuatro dígitos: corresponde al año de la atención5. Cuatro caracteres alfabéticos: primeros cuatro caracteres de la Clave Única de Registro de la Población (CURP). <p>Ejemplo: 002-025-09-2022-VELT</p> |
| 2 | Fecha y hora de elaboración | <p>La fecha y hora en que se elabora el documento, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/10/2022 20:30</p> |
| 3 | CLUES | <p>La Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) utilizada como identificador único, consecutivo e intransferible.</p> <p>NOTA: La CLUES se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx, o en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> |
| 4 | OOAD | <p>La clave y nombre del Órgano Operativo de Administración Desconcentrado (OOAD).</p> <p>Ejemplo: 17 MICHOACÁN</p> |
| 5 | Clave presupuestal | <p>La clave presupuestal que le corresponde a la unidad médica compuesta por doce dígitos.</p> <p>Ejemplo: 170801052151</p> <p>NOTA: La Clave Presupuestal se puede consultar en el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP), disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx</p> |
| 6 | Licencia sanitaria | <p>El número de Licencia Sanitaria para la Disposición de Órganos, Tejidos y Células con Fines Terapéuticos en la Modalidad de Extracción y/o Trasplante otorgada por la COFEPRIS a la unidad médica.</p> <p>Ejemplo: 22-TR-02-004-0002</p> |
| 7 | Establecimiento | <p>El nombre del establecimiento de salud (unidad médica), indicando la tipología y número.</p> <p>Ejemplo: HGR 1 QUERÉTARO</p> <p>NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en</p> |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|------------|----------------------------|---|
| 8 | Teléfono | Servicio con Productividad (CUUMSP). El número telefónico, de diez dígitos, incluyendo clave lada. Ejemplo: 55 5627 6900 |
| 9 | Domicilio | La dirección completa del establecimiento de salud (unidad médica), indicando el tipo y nombre del asentamiento y de la vialidad, municipio, entidad federativa y código postal. |
| 10 | RNT | NOTA: Debe coincidir con el Catálogo Único de Unidades Médicas en Servicio con Productividad (CUUMSP). El dígito numérico correspondiente al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) asignado por CENATRA. Ejemplo: 418 |
| 11 | Nombre | El nombre completo del potencial donador, sin abreviaturas, obtenido de algún documento probatorio oficial, iniciando por los apellidos, en MAYÚSCULAS; como caracteres especiales solamente se debe utilizar vocales mayúsculas con acento o diéresis y apóstrofes. Ejemplo: GARCÍA PÉREZ MARÍA CLEMENTINA |
| 12 | Sexo | El valor único posible de acuerdo con el catálogo del Registro Nacional de Población (RENAPO), asentado en el documento comprobatorio oficial, que corresponda. Ejemplo 1: MUJER Ejemplo 2: HOMBRE |
| 13 | Número de Seguridad Social | El Número de Seguridad Social (NSS) obtenido de algún documento probatorio oficial, conformado por diez dígitos que deberán conservar invariablemente la siguiente distribución de bloques: cuatro dígitos iniciales, después dos y por último otros cuatro, separados por un guion. Ejemplo: 1175-56-6233 NOTA 1: Una persona "No derechohabiente" puede generar su número de seguridad social, obteniendo la constancia impresa de la página IMSS DIGITAL con estatus de "No vigente". NOTA 2: En caso de imposibilidad para generar el número de seguridad social se conformará por bloque un número, y de ser necesario, anteponer unos, dos o tres ceros en caso de que el dato esté en unidades, decenas o centenas, respectivamente de la siguiente manera: 1. Dos dígitos: día de la atención 2. Dos dígitos: mes de la atención 3. Dos dígitos: año de la atención 4. Cuatro dígitos: folio consecutivo controlado por las asistentes médicas Ejemplo: "No derechohabiente" 0405-16-9901 El número así conformado deberá ser el que se utilice en toda la papelería |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|--|
| 14 | Agregado | <p>en que se documente al paciente.</p> <p>El agregado al número de seguridad social conformado por un dígito alfanumérico de ocho caracteres que contiene información sobre el carácter del derechohabiente, el sexo, año de nacimiento a cuatro dígitos y el régimen de seguridad social.</p> <p>Ejemplo 1: 1M1959OR Ejemplo 2: 0M1976ND (en casos de "No derechohabiente")</p> <p>NOTA: La información hace referencia a los siguientes enunciados.</p> <p>Carácter del derechohabiente: 0. No derechohabiente 1. Asegurado 2. Esposa o Esposo o Concubina o Concubino 3. Hijos 4. Padres 5. Pensionado 6. Beneficiario de pensionado</p> <p>Sexo: M. Hombre F. Mujer</p> <p>Régimen de seguridad social: OR. Ordinario ET. Eventual temporal y de la construcción EC. Estacionales del campo SA. Seguro Adicional ES. Seguro de salud para estudiantes SF. Seguro de familia PE. Pensionado ND. No Derechohabiente</p> |
| 15 | Edad | <p>La edad cronológica, en años y meses cumplidos, con números arábigos, al momento de la atención.</p> <p>Ejemplo: 38 años 9 meses</p> |
| 16 | Clave Única de Registro de Población | <p>La Clave Única de Registro de Población (CURP) asignada por el RENAPO conformada por dígito alfanumérico de dieciocho caracteres, obtenida de algún documento probatorio oficial.</p> <p>Ejemplo: LOSC191201HVZSNRA9</p> |
| 17 | Fecha de nacimiento | <p>La fecha de nacimiento asentada en el documento probatorio oficial, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa, en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2001</p> |
| 18 | Entidad federativa de nacimiento | <p>La entidad federativa en la que nació el potencial donador, asentada en el documento probatorio.</p> <p>Ejemplo: MICHOACÁN</p> <p>NOTA 1: El valor debe existir en el catálogo de claves de entidades</p> |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|----------------------------------|---|
| 19 | Servicio | federativas, municipios y localidades del INEGI. NOTA 2: En caso de que haya nacido en el extranjero se debe colocar la clave "Nacido en el extranjero" (NE). La clave (compuesta por cuatro dígitos) y nombre del servicio que otorga la atención, de acuerdo con el "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades". Ejemplo: 4800 UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS |
| 20 | Número de cama | NOTA: El "Catálogo de Claves de Servicio y Especialidades" se encuentra disponible en: http://infosalud.imss.gob.mx . El número de cama censable o no censable, asignada al del potencial donador en el servicio donde se recibe la atención, con número arábigo. Ejemplo: 256 |
| 21 | Fecha y hora de ingreso | La fecha y hora del ingreso hospitalario, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30 |
| 22 | Diagnóstico principal de ingreso | El principal diagnóstico de atención (proceso patológico, afección, enfermedad), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas médicas y prescripción", clave: 4-30-128/72, que motivó el ingreso y la estancia en el servicio, y que de acuerdo con el criterio médico se establece para la atención, realización de procedimientos específicos o la aplicación de un tratamiento determinado. Ejemplo: 8B01 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NOTA 1: En caso de existir más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. NOTA 2: Si no se hizo ningún diagnóstico, debe registrarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal, en lugar de calificarlo con términos tales como: "posible", "dudoso", o "sospecha de", que haya sido considerado, pero no establecido, es decir, se debe registrar la información que permita el mayor grado de especificidad y conocimiento sobre la afección que requirió cuidados o investigación. |
| 23 | Diagnóstico principal de muerte | NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es El principal diagnóstico (proceso patológico, enfermedad o lesión), sin abreviaturas, registrado en el formato "Notas |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|---------------------------|--|
| | | <p>médicas y prescripción”, clave: 4-30-128/72, que de acuerdo con el criterio médico produjo directamente la defunción. Ejemplo: 8D60.1 EDEMA CEREBRAL</p> <p>NOTA 1: Se debe evitar registrar en este apartado las enfermedades o sucesos antecedentes que dieron origen a la causa básica de la defunción, esta información debe conocerse y registrarse en el sistema electrónico interno de gestión de calidad e información.</p> <p>NOTA 2: Evitar señalar modos de morir como: asistolia, muerte encefálica.</p> <p>NOTA 3: Hay que considerar que esta información se utiliza en el análisis de la morbilidad del o los diagnósticos integrados al paciente, por lo tanto, se deberá utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11^ª revisión (CIE-11), disponible en: https://icd.who.int/browse11/l-m/es</p> |
| 24 | Prueba auxiliar | <p>El nombre de la prueba auxiliar que confirma el diagnóstico de muerte. Ejemplo: ELECTROENCAFALOGRAMA</p> |
| 25 | Fecha y hora de la prueba | <p>La fecha y hora en que se realizó la prueba instrumental que confirma la muerte, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda. Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |
| 26 | Grupo sanguíneo | <p>NOTA: Esta información deberá coincidir invariablemente en todos los documentos que se generen como parte de la atención y protocolo de donación cadavérica con fines de trasplante, en donde de la persona se solicite la “Fecha y hora de defunción”.</p> <p>El grupo sanguíneo del potencial donador de acuerdo con la siguiente nomenclatura: A, B, O, AB; y el antígeno Rh: negativo o positivo. Ejemplo 1: B POSITIVO</p> |
| 27 | Peso | <p>El valor obtenido del peso del potencial donador en kilogramos (kg).</p> |
| 28 | Talla | <p>La talla del potencial donador en centímetros (cm).</p> |
| 29 | Índice de masa corporal | <p>El índice de masa corporal (IMC) obtenido al dividir el peso en kilogramos del potencial donador entre el cuadrado de la talla en metros.</p> |
| 30 | Tipo de caso | <p>El tipo de procedimiento administrativo-legal relacionado con el proceso de donación de órganos y/o tejidos, según lo dispuesto en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Los valores posibles son:</p> <p>1. CASO MÉDICO</p> |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|--------------------------------------|--|
| 31 | Proceso de extracción | <p>2. CASO MEDICOLEGAL</p> <p>La fecha y hora en que se realizaron u ocurrieron los eventos que se enlistan, según corresponda, con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inicio y término de la cirugía de extracción de órganos2. Inicio y término de la cirugía de extracción de tejidos3. Pinzamiento aórtico (inicio de la isquemia fría)4. Asistolia5. Entrega de cuerpo a patología <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |
| 32 | Fecha y hora del registro | <p>La fecha y hora en que se realizó el registro en el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) gestionado por el Centra Nacional de Trasplantes (CENATRA), con números arábigos, en el siguiente formato: dd/mm/aaaa hh:mm; en caso de que un dato esté conformado solamente por una unidad, se agregará un cero a la izquierda.</p> <p>Ejemplo: 08/01/2021 20:30</p> |
| 33 | ID Donador | <p>El dígito utilizado como identificador único del donador, otorgado de forma automática por el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), con números arábigos.</p> |
| 34 | Criterios | <p>Las características generales que permitieron evaluar de forma integral a la persona fallecida donadora. Los valores aceptados son:</p> <ol style="list-style-type: none">1. CRITERIOS ESTÁNDAR2. CRITERIOS EXTENDIDOS |
| 35 | Número o cantidad | <p>La cantidad de órganos o tejidos que corresponda, con números arábigos.</p> |
| 36 | Características del injerto | <p>La opción que corresponda sobre la viabilidad y si se procuró o no, el órgano o tejido, según corresponda. En los casos que no hayan sido viables y/o procurados se deberá describir la causa.</p> <p>Ejemplo 1: NO VIABLE: RIESGO SANITARIO NO PROCURADO: NEGATIVA FAMILIAR</p> |
| 37 | ID Injerto | <p>El dígito utilizado como identificador único del injerto, otorgado de forma automática por el Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT), con números arábigos.</p> |
| 38 | Responsables de la guarda y custodia | <p>Los datos de identificación que se enlistan, según corresponda, de las personas responsables que participan en el proceso de la extracción y traslado:</p> <p>Del establecimiento de salud destino o receptor:</p> |



ANEXO 11
Reporte del proceso de donación cadavérica
INSTRUCTIVO DE LLENADO

| No. | DATO | ANOTAR |
|-----|-----------------------|--|
| | | <p>1. CLUES 2. RNT 3. Clave (siglas oficiales)</p> <p>De la persona responsable de extracción y traslado:</p> <p>1. Cédula Profesional</p> <p>NOTA 1: La CLUES se puede consultar en el catálogo CLUES, disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html</p> <p>NOTA 2: Una vez extraído el órgano o tejido, se elaborará una cédula original y cuatro copias, deberán firmarse con firma autógrafa y tinta azul por parte de la persona responsable de la extracción y el Coordinador Hospitalario de Donación, los datos restantes se recabarán durante el proceso.</p> <p>NOTA 3: Es necesario anexar copia de la identificación de cada uno.</p> |
| 39 | Datos del Coordinador | Los datos del Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos y Tejidos que realiza el llenado del documento: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), matrícula y firma autógrafa con tinta azul. |
| 40 | Datos del Presidente | Los datos del Presidente del Comité Interno de Coordinación para la Donación de Órganos y Tejidos o Trasplante: nombre completo en MAYÚSCULAS (iniciando por apellidos), matrícula y firma autógrafa con tinta azul. |