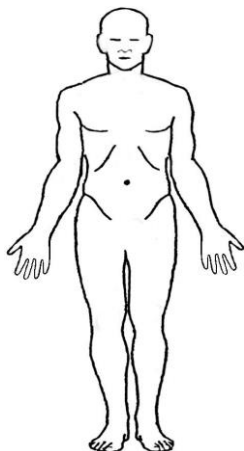


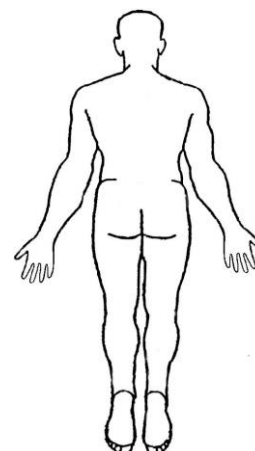
## EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

### Responsável pela Avaliação Física

|             |               |                          |
|-------------|---------------|--------------------------|
| Nome:       | Cargo/Função: | Fone:                    |
| Assinatura: | Data:         |                          |
| Doador:     |               | RGCT:                    |
| Peso:       | Altura:       | Circunferência Torácica: |



Colocar os números correspondentes  
aos achados de exame físico



|    | Alguma evidência de:                                                                                                                                       | SIM | NÃO | Caso sim, especifique ou informe se impossível visualizar |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------------------------------------------------------|
| 01 | Cicatrizes cirúrgicas/traumáticas anteriores ao evento da captação de órgãos (especificar)                                                                 |     |     |                                                           |
| 02 | Trauma ( crânio, abdominal, tórax...)ou sinais de infecção no local da retirada                                                                            |     |     |                                                           |
| 03 | Frações/Gesso/Aparelhos Ortopedicos                                                                                                                        |     |     |                                                           |
| 04 | Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera                                                                                                               |     |     |                                                           |
| 05 | Alterações cutâneas (manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas, vermelhidão ou sinais de coceira) |     |     |                                                           |
| 06 | "Rash" cutâneo ou petéquias generalizadas                                                                                                                  |     |     |                                                           |
| 07 | Manchas (avermelhadas, azuis, roxas, marrons, pretas) ou lesões na pele                                                                                    |     |     |                                                           |
| 08 | Hematoma/Lesão/Abrasão/Laceração/Ferida/Ulcera                                                                                                             |     |     |                                                           |
| 09 | Tatuagem ou maquiagem definitiva (descrever)                                                                                                               |     |     |                                                           |
| 10 | Piercing ( descrever )                                                                                                                                     |     |     |                                                           |
| 11 | Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)                                                               |     |     |                                                           |
| 12 | Local de entrada de agulhas relacionado ao uso medico.                                                                                                     |     |     |                                                           |
| 13 | Tubo orotraqueal/Nasogástrico/Sonda Vesical                                                                                                                |     |     |                                                           |
| 14 | Flebotomia/intracath (acesso venoso)/acesso arterial                                                                                                       |     |     |                                                           |
| 15 | Lesões genitais, e/ou perianais                                                                                                                            |     |     |                                                           |
| 16 | Fígado aumentado                                                                                                                                           |     |     |                                                           |
| 17 | Nódulos linfáticos aumentados                                                                                                                              |     |     |                                                           |
| 18 | Placas brancas na boca (monilíase)                                                                                                                         |     |     |                                                           |
| 19 | Tumorações (aumento de volume, massas, adenopatias)                                                                                                        |     |     |                                                           |
| 20 | Achado ocular anormal                                                                                                                                      |     |     |                                                           |
| 21 | Caquexia ou desnutrição                                                                                                                                    |     |     |                                                           |
| 22 | Outras (descrever)                                                                                                                                         |     |     |                                                           |
| 23 | Boa higiene pessoal                                                                                                                                        |     |     |                                                           |

Doador: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS  
OCULARES/CÓRNEAS

|                                       | OLHO DIREITO |     |           | OLHO ESQUERDO |     |           |
|---------------------------------------|--------------|-----|-----------|---------------|-----|-----------|
|                                       | Sim          | Não | Descrever | Sim           | Não | Descrever |
| Refrigeração tópica                   |              |     |           |               |     |           |
| Pálpebras fechadas                    |              |     |           |               |     |           |
| Cicatriz                              |              |     |           |               |     |           |
| Secreção                              |              |     |           |               |     |           |
| Icterícia                             |              |     |           |               |     |           |
| Edema palpebral                       |              |     |           |               |     |           |
| Pterígio                              |              |     |           |               |     |           |
| Melanoma                              |              |     |           |               |     |           |
| Corpo estranho                        |              |     |           |               |     |           |
| Desidratação                          |              |     |           |               |     |           |
| Infecção ou inflamação                |              |     |           |               |     |           |
| Trauma                                |              |     |           |               |     |           |
| Doador submetido a<br>cirurgia ocular |              |     |           |               |     |           |
| Outros:                               |              |     |           |               |     |           |
| <b>Achado ocular anormal</b>          |              |     |           |               |     |           |
| Pálpebra superior                     |              |     |           |               |     |           |
| Pálpebra inferior                     |              |     |           |               |     |           |
| Conjuntiva                            |              |     |           |               |     |           |
| Córnea                                |              |     |           |               |     |           |

Comentários Relevantes do Examinador

|                               |
|-------------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------------|

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável pelo Exame Físico