

OPO

CASCADEL

CURITIBA

LONDRINA

MARINGA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_ Nº Notificação: \_\_\_\_\_

**HOSPITAL/SERVIÇO**

Notificante: \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_ Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**POTENCIAL DOADOR ( não abreviar o nome)**

Nome: \_\_\_\_\_  
Dt Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Grau Parentesco: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Evolução Clínica: \_\_\_\_\_

Doenças Associadas: \_\_\_\_\_

**Data do Internamento no Hospital:**

**Nº Prontuário/Registro:**

Descrição	SIM	NAO	Especificar		
			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Adulto			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Pediátrica			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Cardíaca			Data:	Hora:	Leito:
Pronto Socorro			Data:	Hora:	Leito:
Tempo de UTI			Quanto tempo:	(dias)	
Intubado			Quanto tempo:	(dias)	
Temperatura/Febre			Data:	Temp.máxi.:	Quanto tempo: (dias)
Pressão Arterial	-----	-----	Resultado:	X	
Diurese em 24 hs	-----	-----	Valor:		
Diurese ml/Kg/hora	-----	-----	Valor:		
Sedação			Qual:		
Suspensão			Data:	Hora:	
Uso de heparina			Dose:	Via:	Quanto tempo:
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data:		
Infecção			Local:		
Sepse em Atividade					
* Hemocultura Positiva			Data:	Germe Isolado:	
* Parcial de Urina			Data e resultado:		
Parada Cardio Respiratória			Quantas:	Tempo Total:	min
Cardioversão/Desfibrilação Cardíaca			Qual:	Quanto tempo:	
Cirurgia(s) Prévia(s)			Quando:		
Outras Intervenções					

\* Enviar laudo para CET-PR

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

**MEDICAMENTOS/VASOPRESSOR**

Tipo	ml/hora	Nº de Ampolas	Dosagem da Ampola	Volume de Soro Glicosado 5%	Início de Uso	mcg/kg/min
Noradrenalina						

Antibiótico	Dose	Aprazamento	Data de Início

**EXAMES LABORATORIAIS – data e valores –**

Data					Data					
HB					TGO					
HT					TGP					
Leucócitos					Fosf Alc					
Bastões					GamaGT					
Plaquetas					Bil.Total					
Ureia					Bil.Direta					
Creatinina					FiO2					
Na					Ph					
K					PO2					
Glicemia					PCO2					
CPK					SatO2					
CK-MB					Lipase					
Amilase					Lactato					
PCR					*ABO					* (enviar laudo para CET-PR)
*Hemocultura	1ª amostra		2ª amostra		*Urocultura					* (enviar laudo para CET-PR)

**Creatinina de Entrada:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**Gasometria para doação de PULMÃO:** Adequar o ventilador mecânico com os parâmetros abaixo, por **10 minutos antes** da coleta da gasometria. PEEP=5 cm H2O / Volume corrente= 6 a 8 ml/Kg (“peso ideal”) / FR= 14 / FIO2=100% (enviar laudo para CET-PR)

**SOROLOGIA**

EXAME	RESULTADO	POSITIVO		EXAME	RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
SIFILIS				HTLVI-II			
Anti-HCV				TOXOPLASMOSE			
HBs-Ag				CITOMEGALOVIRUS			
Anti-HBs				EPSTEIN BARR			
Anti-HBc							

**EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (enviar laudo para CET-PR)**

Arteriografia
  Doppler Transcraniano
  Cintilografia
  Eletroencefalograma

**OUTROS EXAMES REALIZADOS (enviar laudo para CET-PR)**

Tomografia
  RX Tórax
  Ecocardio\*\*
  Cateterismo\*\*
  Ecografia Abdominal \*\*\*

\*\* Todos os doadores de coração - \*\*\* IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/L, Trauma abdominal , > 60 anos

<b>MORTE VIOLENTA</b>	Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
	Delegacia de Policia: Especifique: