

OPO  CASCAVEL  CURITIBA  LONDRINA  MARINGA

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

**HOSPITAL/SERVIÇO**

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

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

Nome: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo/RH: \_\_\_\_\_  
Dt Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Evolução Clínica:** \_\_\_\_\_

**Causa do Óbito:** \_\_\_\_\_ **Hora Óbito:** \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Data do Internamento no Hospital: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário/Registro: \_\_\_\_\_

Descrição	SIM	NAO	Especificar
Ventilação Mecânica			Quanto tempo: (dias)
Internação UTI			Quanto tempo: (dias)
Temperatura/Febre			Data: _____ Temp.máxi.: _____ Quanto tempo: (dias)
Infecção			Local: _____
Sepse em Atividade			
Neoplasia			Tipo/Local: _____
Doença Neurológica ou Cromossômica			Qual? _____
Doença Viral			Qual _____
Endocardite Bacteriana ou Fúngica			
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data: _____
Hemocultura Positiva			Data: _____ Germe Isolado: _____
Último Hemograma			Data: _____ Leucócitos: _____ Bastões: _____
Antibióticos Ministrados			1. _____ Dose _____ dias
			2. _____ Dose _____ dias
			3. _____ Dose _____ dias
Feito Necropsia			
Corpo mantido em Câmara Fria			Horário de Entrada: _____

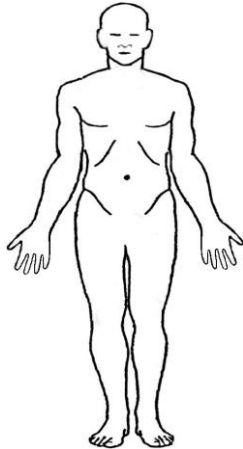
<b>MORTE VIOLENTA</b>		Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
		Delegacia de Polícia: Especifique: _____



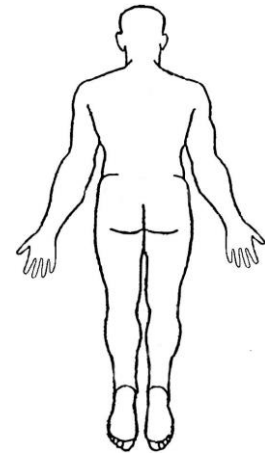
## EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

### Responsável pela Avaliação Física

<b>Nome:</b>		<b>Cargo/Função:</b>	<b>Fone:</b>
<b>Assinatura:</b>		<b>Data:</b>	
<b>Doador:</b>		<b>RGCT:</b>	
<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	<b>Circunferência Torácica:</b>	



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	Fraturas/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 cirurgia ocular						
Outros:						
<b>Achado ocular anormal</b>						
Pálpebra superior						
Pálpebra inferior						
Conjuntiva						
Córnea						

**Comentários Relevantes do Examinador**


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

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

<b>Nome do Doador:</b>		<b>Data:</b>		
<b>Nome do Entrevistado:</b>		<b>Fone:</b>		
<b>Relação com Doador:</b>				
<b>Nome do Entrevistador:</b>		<b>Cargo/Função:</b>		
<b>Assinatura:</b>		<b>Fone/Celular:</b>		
<b>QUESTIONÁRIO</b>		<b>SIM</b>	<b>NAO</b>	<b>SE SIM, ESPECIFICAR</b>
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex.câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa?(ex. coréia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros, ... )			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritoneal? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre continua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? ( Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia, Roraima e Tocantis) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? ( dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatórias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava ?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

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

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

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
28	<b>Somente para doadores menores que 5 anos de idade</b>			
	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar cópia da carteira de vacinação).			

**DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS**

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratoglobo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

**DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS**

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

**DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)**

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabete tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

**DOADOR DE PELE**

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	É colonizado por germes multirresistentes?			
02				

**Comentários relevantes do entrevistador**

---



---

Assinatura do entrevistador \_\_\_\_\_

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909

[www.saude.pr.gov.br](http://www.saude.pr.gov.br) / e-mail: [sesatran@sesa.pr.gov.br](mailto:sesatran@sesa.pr.gov.br)/[plantaocetpr@sesa.pr.gov.br](mailto:plantaocetpr@sesa.pr.gov.br)

**RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Local de Retirada: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Doador: \_\_\_\_\_  
 Centro Cirúrgico: ( ) SIM ( ) NÃO  
 Coordenador da Sala de Cirurgia: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Óbito: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Clampeamento (ME): Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES**

Serviço Responsável pela Retirada: \_\_\_\_\_  
 Nome do Profissional pela Retirada: \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Encaminhando para **BTOC**: \_\_\_\_\_

Data da Retirada	Nº Tecidos/Globo Ocular	Córneas in situ
____/____/____		
Hora		
:		

**RELATÓRIO DE RETIRADA DE CORAÇÃO PARA VALVAS**

Data e Hora da Retirada: \_\_\_\_\_  
 Serviço Responsável pela Retirada: \_\_\_\_\_  
 01º Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 02º Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Meio: Fabricante: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_  
 Embalagem primária: Fabricante: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_  
 Fio utilizado para lacrar a embalagem primária: Fabricante: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_\_

Captado: Coração ( ) Pericárdio ( ) Vasos ( ) Quais: \_\_\_\_\_

	SIM	NÃO	Especificar
Pericardite aguda ou crônica			
Ressuscitação cardiopulmonar			
Desfibrilação cardíaca			
Imersão do coração no soro gelado			Data: _____ Hora: _____
Acondicionamento do tecido na caixa térmica			Data: _____ Hora: _____

**RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS**

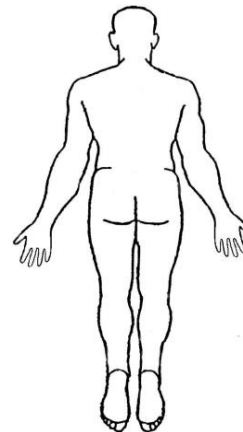
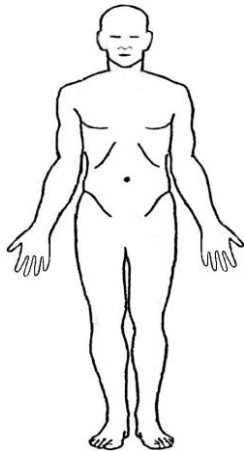
Data e Hora da Retirada: \_\_\_\_\_  
 Serviço Responsável pela Retirada: \_\_\_\_\_  
 01º Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 02º Cirurgião: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
UMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÊMUR			TIBIA			TENDAO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

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

Profissional do BPH:				Cargo/função:				
Assinatura:				Data: / /			Hora:	
<b>RETIRADA DE PELE:</b>	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Pq.:			
Data e Hora da Retirada:								
Serviço Responsável pela Retirada:								
01º Cirurgião:				CRM:		Fone:		
02º Cirurgião:				CRM:		Fone:		
<b>TIPO</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>TIPO</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>TIPO</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>ANTERIOR</b>			<b>POSTERIOR</b>			<b>OUTROS:</b>		
<b>SUPERIOR</b>			<b>SUPERIOR</b>					
<b>INFERIOR</b>			<b>INFERIOR</b>					



Descrição Cirúrgica


Entrega do Corpo para Família

Horário: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Responsável Entrega \_\_\_\_\_  
 Responsável Recebimento \_\_\_\_\_



RELATÓRIO DE NOTIFICAÇÃO DOS  
MOTIVOS DA NÃO EFETIVAÇÃO DA DOAÇÃO DE PCR

**INSTITUIÇÃO  
HOSPITAL**

Responsável pela Notificação \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data do Óbito \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário do Óbito \_\_\_\_\_:

Data da Internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Setor de Internação \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

Causas do Óbito

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistado	Grau de parentesco	Fone de contato

Recusa Familiar		Contra Indicação Clínica		Problemas Logísticos/Estrutural	
<input type="checkbox"/>	01. Desconhecimento sobre a vontade do doador	<input type="checkbox"/>	16. Sorologia HIV (+)	<input type="checkbox"/>	31. Equipe de retirada não disponível
<input type="checkbox"/>	02. Dissenso familiar	<input type="checkbox"/>	17. Sorologia HTLV (+)	<input type="checkbox"/>	32. Família não localizada
<input type="checkbox"/>	03. Doador contrário à doação em vida	<input type="checkbox"/>	18. Sorologia Hepatite B (+) (PCR)	<input type="checkbox"/>	33. Deficiência estrutural da instituição
<input type="checkbox"/>	04. Familiar contrário a doação	<input type="checkbox"/>	19. Sorologia Hepatite C (+) (PCR)	<input type="checkbox"/>	34. Sem identificação
<input type="checkbox"/>	05. Familiar descontente com atendimento	<input type="checkbox"/>	20. Infecção Grave	<input type="checkbox"/>	35. Outros - especificar
<input type="checkbox"/>	06. Familiar deseja o corpo íntegro	<input type="checkbox"/>	21. Portador de Neoplasia	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	07. Familiares indecisos	<input type="checkbox"/>	22. Acima do tempo Max.p/ retirada	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	08. Familiar não entendeu o diagnóstico de ME	<input type="checkbox"/>	23. Sem diagnóstico	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	09. Familiares s/ condições emocionais p/ decisão	<input type="checkbox"/>	24. Fora da faixa etária	<input type="checkbox"/>	Observação:
<input type="checkbox"/>	10. Favoráveis à doação após PCR	<input type="checkbox"/>	25. Outras doenças crônico-degenerativa	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	11. Familiares se recusam a explicar o motivo	<input type="checkbox"/>	26. Órgãos / tecidos inviáveis p/captação	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	12. Impedimento Legal	<input type="checkbox"/>	27. Hemodiluição (PCR)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	13. Motivo religioso	<input type="checkbox"/>	28. Parada Cardíaca (ME)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	14. Receio na demora da liberação do corpo	<input type="checkbox"/>	29. Portador de tatuagens, piercing (menos de 12 meses- para tecidos)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	15. Outros - especificar	<input type="checkbox"/>	30. Outros - especificar	<input type="checkbox"/>	

(Caso haja algum motivo para inviabilizar a doação que não conste nos motivos listados acima, relatar o mesmo no campo de observação).

Nome do profissional responsável pelas informações \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura.