

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.