

RELATÓRIO DE RETIRADA DE ÓRGÃOS

Data: ____/____/____ RGCT: ____ - ____		
Local de Retirada: _____		Cidade/UF: ____/____
Doador: _____		ABO: ____ Sorologia: ____
Óbito (ME): Data: ____/____/____ Hora: ____:____		
Início da Cirurgia: ____/____/____	Clampeamento da Aorta: ____/____/____	Término da Cirurgia: ____/____/____
Hora: ____:____	Hora: ____:____	Hora: ____:____

Obs: Ao identificar a viabilidade dos órgãos, comunicar imediatamente o Plantão da CET/PR e realizar o registro através de fotos/áudios via *Whatsapp*.

TÓRAX

CORAÇÃO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Se não, justifique: _____
Serviço de Retirada: _____	
01º Cirurgião: _____	CRM: _____ Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____ Fone: _____
Meio: _____ Qtd. ____ L Lote: _____	Validade: ____/____/____ Marca: _____

PULMÃO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Se não, justifique: _____
Serviço de Retirada: _____	
01º Cirurgião: _____	CRM _____ Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM _____ Fone: _____
Meio: _____	Qtd. ____ L Lote: _____ Validade: ____/____/____ Marca: _____
Direito	Esquerdo

ABDOME / RETROPERITÔNIO

Nos achados intra-operatórios de situações diversas, descrever os detalhes para auxílio na definição da utilização dos órgãos para transplante.

Inspeção geral

1. Líquido livre: () Sim () Não **Aspecto:** () Claro () Sanguinolento () Purulento **Enviado para cultura:** () Sim () Não
2. Colon – massas palpáveis: () Sim () Não
3. Anexos femininos – massas palpáveis: () Sim () Não
4. Aterosclerose aorto-ilíaco: () Sim () Não
5. Linfonodomegalia: () Sim () Não **Enviado para Anatomopatológico:** () Sim () Não
6. Evidência intra-abdominal de doenças infecciosas: () Sim () Não

Outros achados: _____

Doador: _____ RGCT: _____

FÍGADO

Sim Não () Bordos finos () Bordos rombos **Esteatose:** () Não () Grau I () Grau II () Grau III

Perfusão: () Boa () Regular () Ruim **Aterosclerose artéria hepática:** () Sim () Não

Anatomia artéria hepática: _____

Outros achados: _____

Serviço de Retirada: _____

01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

02º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

Meio: _____ Qtd. L Lote: _____ Validade: / / Marca: _____

PÂNCREAS

Sim Não **Infiltração gordurosa:** () Sim () Não **Edema:** () Sim () Não

Pancreatite: () Sim () Não **Varição anatômica:** _____

Outros achados: _____

Serviço de Retirada: _____

01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

02º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

Meio: _____ Qtd. L Lote: _____ Validade: / / Marca: _____

RIM

Sim Não Se não, justifique: _____



Serviço de Retirada: _____

01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

02º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____

Meio: _____ Qtd. L Lote: _____ Validade: / / Marca: _____

Faça um esquema dos vasos renais, patches, comprimentos e calibres:

Direito	Esquerdo
	
Início de Perfusão: _____ h _____ min	Início de Perfusão: _____ h _____ min
Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim	Perfusão: <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____	Artérias: _____ Veias: _____ Ureter: _____

Outros achados: _____

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS

Data: ____/____/____ RGCT: _____ - _____
Local de Retirada: _____ Cidade/UF: _____ / _____
Doador: _____
Centro Cirúrgico: () SIM () NÃO
Óbito: Data: ____/____/____ Hora: _____
Clampeamento (ME): Data: ____/____/____ Hora: _____

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

Serviço Responsável pela Retirada: _____
Profissional Responsável 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	NAO	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: _____

****enviar amostra sanguínea para o Banco (02 frascos com EDTA e 01 frasco com gel separador) junto com o coração e fazer o cálculo de hemodiluição dessas amostras.

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

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

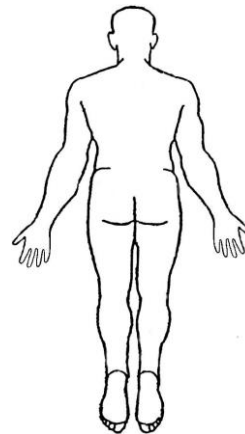
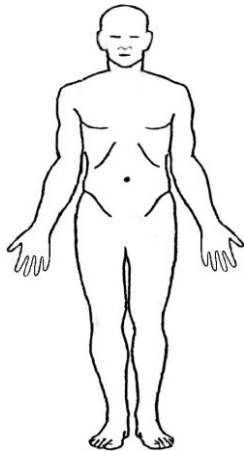
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
UMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÉMUR			TÍBIA			TENDÃO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		

****enviar amostra sanguínea para o Banco (02 frascos com EDTA e 01 frasco com gel separador) junto com os tecidos e fazer o cálculo de hemodiluição dessas amostras.

Doador: _____ RGCT: _____

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

Profissional do BPH:				Cargo/função:				
Assinatura:				Data: / /			Hora:	
RETIRADA DE PELE:	<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:		
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:		
SUPERIOR			SUPERIOR					
INFERIOR			INFERIOR					



Descrição Cirúrgica

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>****enviar amostra sanguínea para o Banco (02 frascos com EDTA e 01 frasco com gel separador) junto com os tecidos e fazer o cálculo de hemodiluição dessas amostras.</p>
--

Entrega do Corpo para Família

Horário: _____ : _____

Responsável Entrega _____

Responsável Recebimento _____