

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
ÚMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÊMUR			TÍBIA			TENDÃO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		