

COLOCAR O
LOGOTIPO DO
SERVIÇO OU
HOSPITAL

COLOCAR O NOME DO HOSPITAL OU SERVIÇO

FORMULARIO PARA LIBERAÇÃO DA CORNEA

RGCT DO DOADOR: _____ Inicias doador: _____ Idade: _____

Data do Óbito	Data da Enucleação	Data Processamento	Data da Preservação
____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Hora	Hora	Hora	Hora
____:____	____:____	____:____	____:____

TECIDO DIREITO						TECIDO ESQUERDO				
0	1	2	3	4	Exposição Epitelial	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Defeito Epitelial	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Opacidade Sub-Epitelial	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Edema Estromal	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Estria Estromal	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Infiltrado Estromal	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Dobras na "Descemet"	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Perda Células Endoteliais	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Guttata	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Arco Senil	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Pterígio	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Cicatrizes	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Leucoma	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	Reflexo Especular	0	1	2	3	4
					Contagem de Células Endoteliais					

TECIDO INDICADO PARA TRANSPLANTE:

OD ÓPTICO TECTONICO DESCARTE
 OE ÓPTICO TECTONICO DESCARTE

Meio de Preservação: _____ Lote: _____ Data Validade: ____/____/____

Validade da Córnea: ____/____/____

OBS: _____

_____/_____/_____:_____

Médico Responsável pela Avaliação e Liberação
Ass. e Carimbo

Data

Horário