

COLOCAR O
LOGOTIPO DO
SERVIÇO OU
HOSPITAL

COLOCAR O NOME DO HOSPITAL OU SERVIÇO



FORMULARIO PARA LIBERAÇÃO DA ESCLERA

RGCT DO DOADOR: _____ Inicias doador: _____

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

TECIDO INDICADO PARA TRANSPLANTE:

OD SIM NÃO Motivo: _____
 OE SIM NAO Motivo: _____

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

Validade da Esclera: ____/____/____

OBS: _____

_____/____/____:____
Médico Responsável pela Avaliação e Liberação Data Horário
Ass. e Carimbo