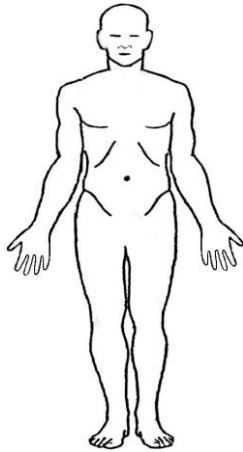


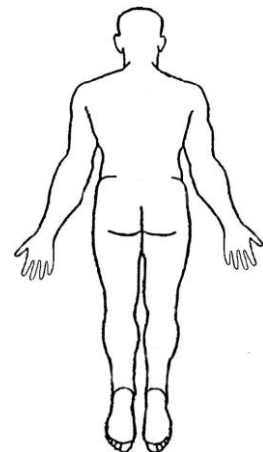
**EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS**

**Responsável pela Avaliação Física**

<b>Nome:</b>	<b>Cargo/Função:</b>	<b>Fone:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Data:</b>	
<b>Doador:</b>	<b>RGCT:</b>	
<b>Peso:</b>	<b>Altura:</b>	<b>Circunferência Torácica:</b>



Colocar os números correspondentes  
aos achados de exame físico



	<b>Alguma evidência de:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Caso sim, especifique ou informe se impossível visualizar</b>
<b>01</b>	Cicatrizes cirúrgicas/traumáticas anteriores ao evento da captação de órgãos (especificar)			
<b>02</b>	Trauma ( crânio, abdominal, tórax...)ou sinais de infecção no local da retirada			
<b>03</b>	Fraturas/Gesso/Aparelhos Ortopedicos			
<b>04</b>	Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera			
<b>05</b>	Alterações cutâneas (manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas, vermelhidão ou sinais de coceira)			
<b>06</b>	“Rash” cutâneo ou petéquias generalizadas			
<b>07</b>	Manchas (avermelhadas, azuis, roxas, marrons, pretas) ou lesões na pele			
<b>08</b>	Hematoma/Lesão/Abrasão/Laceração/Ferida/Ulcera			
<b>09</b>	Tatuagem ou maquiagem definitiva (descrever)			
<b>10</b>	Piercing ( descrever )			
<b>11</b>	Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
<b>12</b>	Local de entrada de agulhas relacionado ao uso medico.			
<b>13</b>	Tubo orotraqueal/Nasogástrico/Sonda Vesical			
<b>14</b>	Flebotomia/intracath (acesso venoso)/acesso arterial			
<b>15</b>	Lesões genitais, e/ou perianais			
<b>16</b>	Fígado aumentado			
<b>17</b>	Nódulos linfáticos aumentados			
<b>18</b>	Placas brancas na boca (monilíase)			
<b>19</b>	Tumorações (aumento de volume, massas, adenopatias)			
<b>20</b>	Achado ocular anormal			
<b>21</b>	Caquexia ou desnutrição			
<b>22</b>	Outras (descrever)			
<b>23</b>	Boa higiene pessoal			

Doador: \_\_\_\_\_ RGCT: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS**

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	Sim	Não	Descrever	Sim	Não	Descrever
Refrigeração tópica						
Pálpebras fechadas						
Cicatriz						
Secreção						
Icterícia						
Edema palpebral						
Pterígio						
Melanoma						
Corpo estranho						
Desidratação						
Infecção ou inflamação						
Trauma						
Doador submetido a cirurgia ocular						
Outros:						
<b>Achado ocular anormal</b>						
Pálpebra superior						
Pálpebra inferior						
Conjuntiva						
Córnea						

**Comentários Relevantes do Examinador**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Responsável pelo Exame Físico**