

OPO

CASCADEL

CURITIBA

LONDRINA

MARINGA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ RGCT: _____ Nº Notificação: _____

HOSPITAL/SERVIÇO

Notificante: _____ Celular (____) _____
Hospital: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____

POTENCIAL DOADOR (não abreviar o nome)

Nome: _____
Dt Nasc.: ____/____/____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____
CPF: _____ RG: _____ Estado civil: _____
Responsável: _____ Grau Parentesco: _____
Endereço: _____ Fone (____) _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Diagnóstico: _____

Evolução Clínica: _____

Doenças Associadas: _____

Data do Internamento no Hospital:

Nº Prontuário/Registro:

Descrição	SIM	NAO	Especificar		
			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Adulto			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Pediátrica			Data:	Hora:	Leito:
UTI - Cardíaca			Data:	Hora:	Leito:
Pronto Socorro			Data:	Hora:	Leito:
Tempo de UTI			Quanto tempo:	(dias)	
Intubado			Quanto tempo:	(dias)	
Temperatura/Febre			Data:	Temp.máxi.:	Quanto tempo: (dias)
Pressão Arterial	-----	-----	Resultado:	X	
Diurese em 24 hs	-----	-----	Valor:		
Diurese ml/Kg/hora	-----	-----	Valor:		
Sedação			Qual:		
Suspensão			Data:	Hora:	
Uso de heparina			Dose:	Via:	Quanto tempo:
Recebeu Sangue? Hemoderivados			Data:		
Infecção			Local:		
Sepse em Atividade					
* Hemocultura Positiva			Data:	Germe Isolado:	
* Parcial de Urina			Data e resultado:		
Parada Cardio Respiratória			Quantas:	Tempo Total:	min
Cardioversão/Desfibrilação Cardíaca			Qual:	Quanto tempo:	
Cirurgia(s) Prévia(s)			Quando:		
Outras Intervenções					

* Enviar laudo para CET-PR

Doador: _____ RGCT: _____

MEDICAMENTOS/VASOPRESSOR

Tipo	ml/hora	Nº de Ampolas	Dosagem da Ampola	Volume de Soro Glicosado 5%	Início de Uso	mcg/kg/min
Noradrenalina						

Antibiótico	Dose	Aprazamento	Data de Início

EXAMES LABORATORIAIS – data e valores –

Data	Data
HB	TGO
HT	TGP
Leucócitos	Fosf Alc
Bastões	GamaGT
Plaquetas	Bil.Total
Ureia	Bil.Direta
Creatinina	FiO2
Na	Ph
K	PO2
Glicemia	PCO2
CPK	SatO2
CK-MB	Lipase
Amilase	Lactato
PCR	*ABO
*Hemocultura	*Urocultura

Creatinina de Entrada: _____ / _____ / _____ Valor: _____

Gasometria para doação de PULMÃO: Adequar o ventilador mecânico com os parâmetros abaixo, por **10 minutos antes** da coleta da gasometria. PEEP=5 cm H2O / Volume corrente= 6 a 8 ml/Kg (“peso ideal”) / FR= 14 / FIO2=100% (enviar laudo para CET-PR)

SOROLOGIA

EXAME	RESULTADO	POSITIVO		EXAME	RESULTADO	POSITIVO	
		IgM	IgG			IgM	IgG
CHAGAS				HIV			
SIFILIS				HTLVI-II			
Anti-HCV				TOXOPLASMOSE			
HBs-Ag				CITOMEGALOVIRUS			
Anti-HBs				EPSTEIN BARR			
Anti-HBc							

EXAME COMPLEMENTAR PARA DIAGNOSTICO DE MORTE ENCEFALICA (enviar laudo para CET-PR)

Arteriografia
 Doppler Transcraniano
 Cintilografia
 Eletroencefalograma

OUTROS EXAMES REALIZADOS (enviar laudo para CET-PR)

Tomografia
 RX Tórax
 Ecocardio**
 Cateterismo**
 Ecografia Abdominal ***

** Todos os doadores de coração - *** IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/L, Trauma abdominal , > 60 anos

MORTE VIOLENTA	Guia de Encaminhamento ao IML + Boletim de Ocorrência do Óbito
	Delegacia de Policia: Especifique: