

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 ***

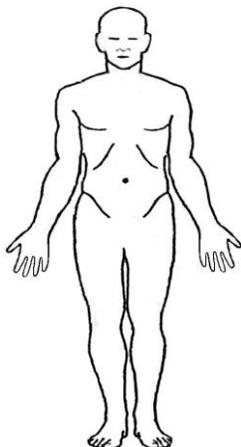
** Todos os doadores de coração - *** IMC>30, Etilismo, TGP>56U/L e TGO>40U/L, Trauma abdominal , > 60 anos

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

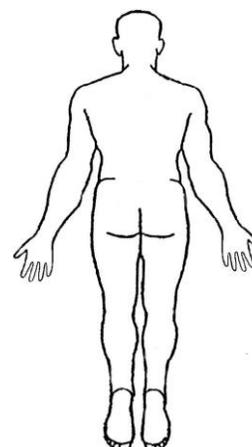
EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável pela Avaliação Física

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



Colocar os números correspondentes
aos achados de exame físico



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

Comentários Relevantes do Examinador

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

Assinatura do Responsável pelo Exame Físico

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:		
Nome do Entrevistado:		Fone:		
Relação com Doador:				
Nome do Entrevistador:		Cargo/Função:		
Assinatura:		Fone/Celular:		
QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex.câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa?(ex. coréia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros, ...)			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritoneal? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre contínua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia, Roraima e Tocantis) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? (dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatórias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava ?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

Doador: _____

RGCT: _____

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
28	Somente para doadores menores que 5 anos de idade			
	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar cópia da carteira de vacinação).			

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratoglobo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	E colonizado por germes multirresistentes?			
02				

Comentários relevantes do entrevistador

--

Assinatura do entrevistador

RELATÓRIO DE RETIRADA DE ORGÃOS

Data: _____ / _____ / _____	RGCT: _____ - _____
Local de Retirada: _____	Cidade/UF: _____ / _____
Coordenador da Sala de Cirurgia: _____	CPF: _____
Doador: _____	ABO: _____ Sorologia: _____
Óbito (ME):	Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Início Cirurgia: _____ / _____ / _____	Clampeamento: _____ / _____ / _____	Término: _____ / _____ / _____
Hora: _____ : _____	Hora: _____ : _____	Hora: _____ : _____

CORAÇÃO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. _____ L	Lote: _____ Validade: _____ / _____ / _____ Marca: _____

FÍGADO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. _____ L	Lote: _____ Validade: _____ / _____ / _____ Marca: _____

PÂNCREAS

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. _____ L	Lote: _____ Validade: _____ / _____ / _____ Marca: _____

PULMAO

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pq. _____
Hospital/Serviço: _____		
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
02º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____
Meio: _____	Qtd. _____ L	Lote: _____ Validade: _____ / _____ / _____ Marca: _____

Direito	Esquerdo

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

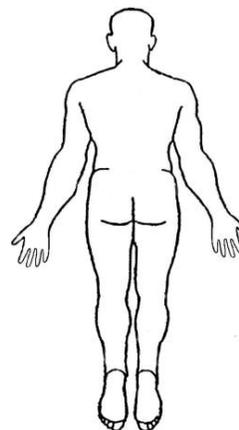
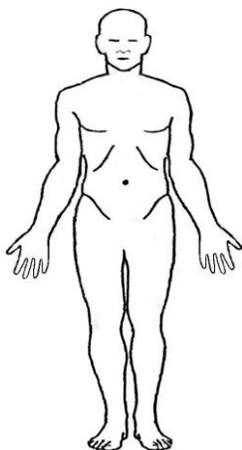
Data e Hora da Retirada: _____
 Serviço Responsável pela Retirada: _____
 01º Cirurgião: _____ CRM: _____ Fone: _____
 02º Cirurgião _____ CRM _____ Fone: _____

TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
UMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÉMUR			TIBIA			TENDAO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

Doador: _____ RGCT: _____

Profissional do BPH:				Cargo/função:				
Assinatura:				Data: / /			Hora:	
RETIRADA DE PELE:	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Pq.:			
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
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:		
SUPERIOR			SUPERIOR					
INFERIOR			INFERIOR					



Descrição Cirúrgica

Entrega do Corpo para Família

Horário: _____ : _____
 Responsável Entrega _____
 Responsável Recebimento _____