

Hospital: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Registro hospitalar: \_\_\_\_\_  
 Paciente: \_\_\_\_\_  
 Data nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Identificação do paciente: ( ) RG ( ) CNH ( ) Cons. profissional ( ) Cart. Trabalho ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Número do documento: \_\_\_\_\_

**Causa do coma** Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico secundário: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

**Exame confirmatório da lesão neurológica:** ( ) TC ( ) RM ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## PRÉ - REQUISITOS

	SIM	NÃO
Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corp. > 35°C + SatO > 94% + PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária < 16 anos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1º EXAME CLÍNICO

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura(°C): \_\_\_\_\_  
 Coma não perceptivo? ( ) Sim ( ) Não      Apneia ( estado clínico de apneia)? ( ) Sim ( ) Não

	Direito			Esquerdo		
	SIM	NÃO	*NT	SIM	NÃO	*NT
Exame neurológico (exame dos reflexos)						
Pupila fixa e arreativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo de tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>SIM</b>		<input type="checkbox"/>	<b>NÃO</b>		<input type="checkbox"/>

\*NT - não testado - Justifique o motivo de não ter sido testado o reflexo: \_\_\_\_\_  
 Médico supervisor: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_  
 Médico acompanhante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_

## TESTE DE APNEIA

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura(°C): \_\_\_\_\_  
 Ausência de movimentos respiratórios com PaCO<sub>2</sub> > 55mmHg? ( ) Sim ( ) Não  
 Pa CO<sub>2</sub> Inicial: \_\_\_\_\_ Pa O<sub>2</sub> Inicial: \_\_\_\_\_  
 Pa CO<sub>2</sub> Final: \_\_\_\_\_ Pa O<sub>2</sub> Final: \_\_\_\_\_  
 Médico supervisor: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_

## 2º EXAME CLÍNICO

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura(°C): \_\_\_\_\_  
 Coma não perceptivo? ( ) Sim ( ) Não      Apnéia ( estado clínico de apnéia)? ( ) Sim ( ) Não

	Direito			Esquerdo		
	SIM	NÃO	*NT	SIM	NÃO	*NT
Exame neurológico (exame dos reflexos)						
Pupila fixa e arreativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo córneo-palpebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo óculo-cefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausência de reflexo de tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>SIM</b>		<input type="checkbox"/>	<b>NÃO</b>		<input type="checkbox"/>

\*NT - não testado - Justifique o motivo de não ter sido testado o reflexo: \_\_\_\_\_  
 Médico supervisor: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_  
 Médico acompanhante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_

## EXAME COMPLEMENTAR

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ PA(mmHg): \_\_\_\_\_ Temperatura(°C): \_\_\_\_\_  
 Tipo: ( ) DTC ( ) EEG ( ) Angiografia ( ) Cintilografia ( ) outro: \_\_\_\_\_  
 Ausência de perfusão sanguínea ou de atividade metabólica ou elétrica encefálica? ( ) Sim ( ) Não  
 Médico supervisor: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Ass. identificada: \_\_\_\_\_