

COLOCAR O
LOGOTIPO DO
SERVIÇO OU
HOSPITAL

COLOCAR O NOME DO HOSPITAL OU SERVIÇO



FORMULARIO DE DESCARTE DE TECIDOS OCULARES

RGCT DO DOADOR: _____ Iniciais doador: _____

Data do Descarte: ____/____/____ Horário: ____:____

TECIDO DESCARTADO:

Globo Ocular	Esclera	Córnea
<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D/E	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D/E	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> D/E

MOTIVO (s) DO DESCARTE:

<input type="checkbox"/> HBsAG	<input type="checkbox"/> Validade
<input type="checkbox"/> Anti-HBC	<input type="checkbox"/> Contaminação
<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Qualidade do Tecido
<input type="checkbox"/> Anti-HIV-1 e Anti-HIV-2	<input type="checkbox"/> Contra –Indicação Clínica
<input type="checkbox"/> Amostra Hemolisada	<input type="checkbox"/> Estoque atende a demanda
<input type="checkbox"/> Outros Motivos: _____	

**Médico Responsável pela Avaliação e Liberação
Ass. e Carimbo**

____/____/____
Data