FORMULÁRIO I - ATA DO PROCESSO DOAÇÃO / TRANSPLANTE

ATA DO PROCESSO DOAÇÃO/TRANSPLANTE		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome do doador:	Nº doador CNCDO:	RGCT:
Causa Morte:		
Hospital de Localização do Doador:	Horário da Transferência e Procedência, nos casos em que se aplique:	
Prontuário:	Data:	
Nome Familiar de Contato:	Telefone(s) :	
Grau de parentesco: Pai ( ) Mãe ( ) Filho ( ) Cônjuge ( ) Outros (..) _____		
CHECK LIST DE DOCUMENTOS		
1. Exame clínico preenchido e assinado por dois médicos, sendo um deles neurologista ou neurocirurgião (2 vias): 1°) Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Médico_____ / CRM:_____ 2°) Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Médico_____ / CRM:_____		
2. Laudo do exame gráfico complementar de ME (1 via original): Arteriografia ( ) / EEG ( ) / Cintilografia ( ) / Angiotomografia ( ) / Doppler Transcraniano ( ) 1°) Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Médico_____ / CRM:_____		
Morte Violenta - Guia de Encaminhamento ao DML ( ) + Boletim de Ocorrência do Óbito ( ) DP		

CHECK LIST DE ATIVIDADES NA UTI	
1. Avaliação Preliminar do Potencial Doador: Responsável: _____ Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ ( ) Exclusão Absoluta: Qual: _____ ( ) Possibilidade de Doação	
2. Realiza solicitação de exames: Sorologias: HBsAg, Anti-HBC, Anti-HBs, Anti-HIV, Anti-HCV, Anti HTLV1 e HTLV2, Imunofluorescência para Chagas, VDRL e imunofluorescência para LUES (Citomegalovírus (CMV) IgG e IgM, ToxoplasmoseIgG e IgM - opcionais).	
Exames gerais: Tipagem AB0 e Fator Rh (realizados pelo banco de sangue), hemograma, glicemia, uréia, creatinina, sódio, potássio, cloro, TGO, TGP, bilirrubinas, fosfatase alcalina, gama GT, tempo de protrombina (TAP/INR), aTTP, amilase, lipase, albumina, plaquetas, urinocultura, hemocultura, gram e cultura de aspirado traqueal, gasometria arterial (FiO_2 100%, VM de 10l/min, PEEP mínimo de 5cm de H_2O), radiografia de tórax (sem hipo-expansão pulmonar no momento da realização do exame), eletrocardiograma, ecocardiograma ou cateterismo cardíaco se necessário.Imunologia (histocompatibilidade): Coletar sangue do doador em 4 frascos com EDTA para realização do HLA, rotulados com o nome do doador em cada frasco, prontuário, dia e hora da coleta. Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Médico da UTI Responsável: _____	
CHECK LIST DE ATIVIDADES NA CIHDOTT	
3. Coordenador de Transplantes na CIHDOTT: ( ) Notificação da CNCDO sobre ME Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Responsável: _____	4. Entrevista Familiar Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Responsável: _____ ( ) Aceitação ( ) Não aceitação - Motivo: _____
5. Marcação da cirurgia pela CNCDO / OPO/CIHDOTT Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Coordenador de sala:_____	6. Entrega do Corpo para a família: Data: ____/____/_____ Horário: ____:____ Responsável:_____

RETIRADA/IMPLANTE DOS ÓRGÃOS E CÓRNEAS								
ÓRGÃOS E TECIDOS RETIRADOS	DADOS SOBRE A RETIRADA/AVALIAÇÃO DO ÓRGÃO E / OU TECIDO					ÓRGÃOS IMPLANTADOS		
	HORÁRIO PERFUSÃO	ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS	INSTITUIÇÃO/EQUIPE RESPONSÁVEL	BIÓPISA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	INSTITUIÇÃO	DATA
CORAÇÃO								
FÍGADO								
RIM E								
RIM D								
PÂNCREAS								
PULMÃO								
OUTROS ÓRGÃOS								
CÓRNEAS								
TECIDOS ME								
PELE								
TECIDOS CV								