

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA**Nº****1) HOSPITAL - REGISTRO HOSPITALAR DO PACIENTE**

Nome: _____ CNES: _____

Município: _____ UF: _____

2) PACIENTE

Nome: _____

Nº Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F

Mãe: _____

Pai: _____

3) CAUSA DO COMA

Diagnostico Principal: _____ CID: _____

Diagnostico Secundário: _____ CID: _____

Confirmação:

() TC () RM () Angiografia () DTC () Líquor () EEG () Outros: _____

4) PRE-REQUISITOS

Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica? () SIM () NÃO

Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica? () SIM () NÃO

Tratamento e observação hospitalar ≥ 6 horas ou ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica? () SIM () NÃO

Temperatura corporal:

> 35°C + SaO₂ >94% + PAS ≥ 100mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (<16anos)? () SIM () NÃO

Ausência de hipotermia? () SIM () NÃO

Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares? () SIM () NÃO

5) 1º EXAME CLÍNICOPA (mmHg): _____ TEMP(°C): _____ SaO₂ _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____**Coma não perceptivo?**

() SIM () NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):DireitoEsquerdo

Pupila fixa e arreativa () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT

Ausência de reflexo córneo-palpebral () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT

Ausência de reflexo óculo-cefálico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT

Ausência de reflexo vestibulo-calórico () SIM () NÃO () NT () SIM () NÃO () NT

Ausência de reflexo da tosse () SIM () NÃO () NT

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo: _____

Obs.: Não Testado (NT)

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura Identificada: _____

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
Nº
NOME DO PACIENTE: _____

6) TESTE DE APNEIA (examinador 1 ou 2)

 PA (mmHg): _____ TEMP(°C): _____ SaO₂ _____ DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

Inicial
Final
Inicial
Final
PaO₂ _____

PaCO₂ _____

 Ausência de movimentos respiratórios com PaCO₂ > 55 mmHg? ()SIM ()NÃO

Médico : _____ CRM: _____

Assinatura Identificada: _____

7) 2º EXAME CLÍNICO

 PA (mmHg): _____ TEMP(°C): _____ SaO₂ _____ DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

Coma não perceptivo?

()SIM

()NÃO

EXAME NEUROLÓGICO (exame dos reflexos):
Direito
Esquerdo

Pupila fixa e arreativa ()SIM ()NÃO ()NT ()SIM ()NÃO ()NT

Ausência de reflexo córneo-palpebral ()SIM ()NÃO ()NT ()SIM ()NÃO ()NT

Ausência de reflexo óculo-cefálico ()SIM ()NÃO ()NT ()SIM ()NÃO ()NT

Ausência de reflexo vestibulo-calórico ()SIM ()NÃO ()NT ()SIM ()NÃO ()NT

Ausência de reflexo da tosse ()SIM ()NÃO ()NT

Justifique o motivo de não ter testado o reflexo: _____

Obs.: Não Testado (NT)

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura Identificada: _____

8) EXAME COMPLEMENTAR

 PA (mmHg): _____ TEMP(°C): _____ SaO₂ _____ DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

Tipo: ()DTC ()EEG ()Angiografia ()Cintilografia ()Outro: _____

Ausência de perfusão sanguínea ou atividade metabólica ou elétrica encefálica? ()SIM ()NÃO

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura Identificada: _____

A. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL :

Idade	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	PAM
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2anos incompletos	80	60
De 2anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

B. INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS :

INTERVALOS ENTRE EXAMES CLÍNICOS	MÍNIMO
7 dias completos (recém-nato) a termo a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 Horas
Mais de 24 meses	1 hora