

NOTIFICAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA

Hospital Notificante: _____		OPO: _____
Nome: _____		
RGCT: _____		Prontuário: _____
Data da Internação: ____ / ____ / ____	Causa do coma: _____	
DN: ____ / ____ / ____	Idade: _____	Sexo: () MAS () FEM
CPF: _____	RG: _____	Cartão SUS: _____
Endereço: _____		Complemento: _____
Bairro: _____	CEP: _____	Cidade: _____
Nome da Mãe: _____		

SEQUÊNCIA DOS FATOS:

1 Notificado OPO/CET:

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Profissional: _____ Fone da Unidade: _____

2 Comunicação da gravidade do caso e informação do início do protocolo de Morte Encefálica, à família:

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Profissional: _____ Fone da Unidade: _____

EXAMES

1º EXAME - Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____

PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____

2º EXAME - Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____

PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____

TESTE DE APNÉIA - Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____

PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____

PaCO2	Inicial: _____	PaO2	Inicial: _____	Hora da coleta: _____
	Final: _____		Final: _____	Hora da coleta: _____

AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS COM PaCO2 MAIOR QUE 55mmHg? ()SIM ()NÃO
EX. COMPLEMENTAR: Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____

Tipo de exame complementar: _____

PA (mmHg): _____ Temperatura (°C): _____

Confirmado diagnóstico de ME? ()Sim ()Não

Se não, descreva o motivo: _____

Doador de órgãos? ()Sim ()Não. Se não, marcar a(as) alternativa(as) abaixo:

Contra-indicação:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infecção
<input type="checkbox"/> Neoplasia
<input type="checkbox"/> Disfunção Múltiplos Órgãos
<input type="checkbox"/> Cultura Positiva | <input type="checkbox"/> Fator de risco
<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> Sorologia: _____
<input type="checkbox"/> Outros: _____ |
|---|--|

Recusa Familiar:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desconhecimento do desejo do potencial doador
<input type="checkbox"/> Não doador em vida
<input type="checkbox"/> Familiares desejam o corpo íntegro
<input type="checkbox"/> Familiares indecisos | <input type="checkbox"/> Familiares descontentes com o atendimento
<input type="checkbox"/> Receio da demora na liberação do corpo
<input type="checkbox"/> Convicções religiosas
<input type="checkbox"/> Outros: _____ |
|---|---|

Doador de córneas? ()Sim ()Não.

Caso não seja doador, qual o motivo? _____

Contatos Familiares:

 Nome: _____
 Parentesco: _____
 Telefone: _____ Email: _____

Contatos Familiares:

 Nome: _____
 Parentesco: _____
 Telefone: _____ Email: _____