

# AVALIAÇÃO CLÍNICA/FÍSICA E SOCIAL DO POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS OCULARES

## 1. DADOS DO DOADOR

Código do doador (controle Banco de Olhos):		RGCT:	
Nome do doador:			
Idade:	Gênero:	CPF:	Nº. da DO:
Data da avaliação: ___/___/___	Hora: ___:___ h		Instituição:

## 2. HISTÓRICO CLÍNICO

Causa do óbito:	
Data Parada Cardiorrespiratória (PCR): ___/___/___	Hora: ___:___ h
Morte Encefálica (ME) Data: ___/___/___	Hora: ___:___ h

## 3. CRITÉRIOS RELATIVOS

	Não	Sim	
1-Lesões de: mucosas, pele, genitais e anais.			Onde?
2-Cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores.			Causa?
3-Cirurgia de catarata.			Qual olho? Quando?
4-Cirurgia de Lasik (Correção de Miopia).			Qual olho? Quando?
5-Transfusão de sangue/ hemoderivados nos últimos 06 meses.			Quando?
6-Hepatomegalia.			Motivo?
7-Linfadenopatia difusa (aumento dos linfonodos).			Motivo?
8-Infecção ocular no momento da doação.			Qual olho?
9-História de doença crônica, sistêmica e auto-imune.			Qual doença?
10-Ingestão/exposição à substâncias tóxicas no últimos 12 meses			Qual substância? Quando?
11-Uso de antibiótico nas ultimas 72 horas.			Qual? Dosagem? Motivo? _____
12-Transfusão sanguínea nas últimas 48 horas?			Se 'Sim' realizar cálculo de hemodiluição e anexar.

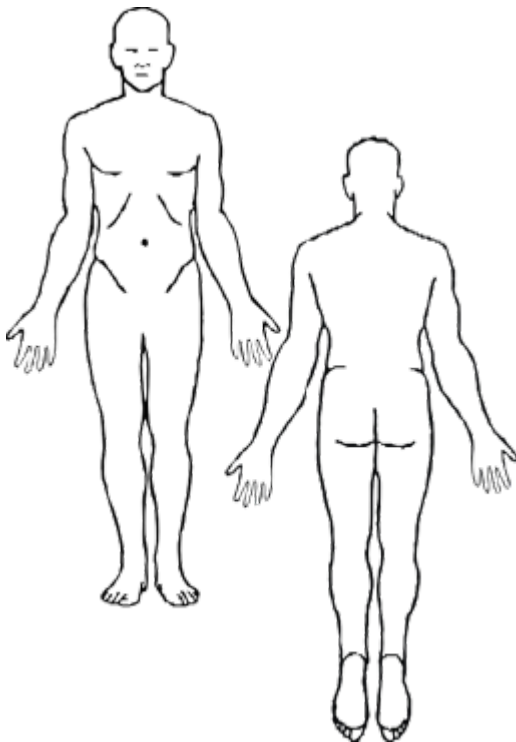
**ATENÇÃO: SE HOUVER RESPOSTA SIM PARA QUALQUER UM DOS ITENS ABAIXO É CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA PARA DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES CONFORME RDC 707/2022.**

## 4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

	Não	Sim		Não	Sim
1- Causa da morte sem possibilidade de definição.			<b>15 - FEZ CIRURGIA DE:</b>		
2- Uso de drogas injetáveis ou presença de lesões sugestivas do uso.			15.1- Transplante de órgão, xenotransplante (órgãos e tecidos de origem animal) ou dura mater humana.		
3- Portador de HIV I E II, HTLV I E II, Hepatite B ou C.			15.2- Neurocirurgia por motivo desconhecido.		
4- Retinoblastoma (tumor ocular).			15.3- Transplante de tecidos oculares (ambos os olhos)		
5- Tumores malignos no segmento anterior do olho.			<b>16 - NOS ÚLTIMOS 6 MESES:</b>		
6- Histórico de Dengue e Chikungunya nos últimos 30 dias ou Zika vírus nos últimos 120 dias.			16.1- Foi submetido a terapia renal substitutivo (Hemodiálise, Diálise Peritoneal).		
7- Portador de demência progressiva rápida ou doenças neuro-degenerativas de causa desconhecida (Alzheimer, Parkinson e outras).			16.2- Fez uso de medicamentos hemoderivados (Albumina Humana, Imunoglobulina e Fatores de Coagulação) ou seus parceiros.		
8- Neoplasias hematológicas (leucemias, mieloma múltiplo, linfoma).			16.3- Encarceramento privado por mais de 72h seguidas ou parceiros.		
9- Infecção sistêmica não controladas na hora do óbito.			16.4- Histórico de Febre amarela.		
10- Portador de Síndrome de Reye, Raiva ou Rubéola Congênita.			<b>17 - PRÁTICA SEXUAL DE RISCO: INDIVÍDUO E/OU PARCEIRO (S) QUE TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS, NOS ÚLTIMOS 06 MESES (Avaliar com Diretor Médico do BO)</b>		
11- Portador de Creutzfeldt Jakob (Vaca Louca).			17.1- Em troca de dinheiro.		
12- Pacientes imunossuprimidos com comprovação.			17.2- Sendo vítima de violência sexual.		
13- Uso de hormônios de crescimento (de origem humana ou de hipofisário não recombinante) no momento do óbito.			17.3- Com pessoa portadora de HIV, Hepatites B e C.		
14- Realização de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva nos últimos 12 meses (Em caso de procedimentos realizados em estabelecimentos regularizados, reduzir prazo para 6 meses -exceto piercing genital e oral).			17.4- Com pessoas em terapia renal substitutiva.		
			17.5- Com uma ou mais parceiras (os) ocasionais.		

## 5. AVALIAÇÃO FÍSICA

- a) Escoriações
- b) Ferida/Contusão
- c) Bandagem
- d) Fratura/Luxação
- e) Hematoma
- f) Local de retirada de sangue
- g) Laceração/Ferimento
- h) ID (etiqueta)
- i) Local de entrada de agulha
- j) Incisão de retirada de órgãos
- k) Erupção Cutânea
- l) Cicatriz (cirúrgica/trauma)
- m) Tatuagem (descrever)
- n) Cateter Uretral
- o) Lesão de pele
- p) Sarna
- q) PAF (perfuração com arma de fogo)
- r) PAB (perfuração com arma branca)



HÁ EVIDÊNCIA DE:	NÃO	SIM	JUSTIFICAR
------------------	-----	-----	------------

Icterícia			
Erupção/Ponto ou Lesão da pele			
Lesões genitais			
Linfonodos aumentados			
Piercing			
Manchas brancas na boca			
Picadas de injeção não prescritas			
Aumento do fígado (Hepatomegalia)			

## 6. AVALIAÇÃO DO GLOBO OCULAR

Itens a serem avaliados no globo ocular, identificar no desenho ao lado (usar uma lanterna para avaliar quando houver):	NÃO	SIM
---	-----	-----

a) Pterígio		
b) Icterícia escleral		
c) Trauma		
d) Hematoma		
e) Secreção (descrever aspecto)		
f) Sangramento ou edema conjuntival		
g) Ceratite por exposição		
h) Evidência de cirurgia prévia		



Descrever: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. HISTÓRICO CLÍNICO DO DOADOR (queixa inicial, diagnóstico primário, transfusão sanguínea, tempo de internação, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. PARECER DO RESPONSÁVEL PELA TRIAGEM

**Aceitável para doação ( )**

**Não aceitável para doação ( ):**

Descrever motivo para não doação:

\_\_\_\_\_

Responsável pela triagem (Assinatura e carimbo): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

FUBOG ( )

OPO ( )

CIHDOTT ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_