

RELATÓRIO DE ENUCLEAÇÃO DE GLOBO(S) OCULAR(ES)

1. DADOS DO DOADOR

RGCT: _____

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Gênero: F () M () Cor: _____

Mãe: _____

Data do óbito: ____/____/____ ME () PCR () Horário: ____:____ h

Data do Clampeamento da Artéria Aorta (ME): ____/____/____ Horário: ____:____ h

Causa mortis: _____

Local do óbito: _____ Local de retirada: _____

2. CONDIÇÕES DO DOADOR

2.1. ROSTO (identificar os itens abaixo na figura)

- a) Perfuração
- b) Laceração
- c) Hematoma
- d) Tatuagens
- e) Piercing
- f) Fraturas



2.2. OLHOS

Cor dos olhos:

Verde () Azul () Castanho ()
Azul- Esverdeado () Preto ()

Conjuntiva:

Hemorragia () Icterícia () Edema ()

Córnea:

Desepitelização () Corpo Estranho ()
Perfuração ()

Olho enucleado: OD () OE ()

Ambos Olhos ()

Outros: _____



OD



OE

3. LOCAL DA PUNÇÃO DA COLETA SANGUÍNEA

Jugular:

Direita ()
Esquerda ()



Subclávia:

Direita ()
Esquerda ()



Femural:

Direita ()
Esquerda ()



Descrição da enucleação: _____

4. CONDIÇÕES DO CORPO DO DOADOR

Corpo refrigerado: Não () Sim () à _____° C

5. TERMO DE COMPROMETIMENTO DO PROFISSIONAL ENUCLEADOR

Eu, _____, portador do RG: _____,
CPF: _____, profissão: _____ de acordo com a legislação
vigente declaro que realizei a enucleação do(s) globo(s) ocular(es) conforme a descrição acima e os mesmos serão
encaminhados ao Banco de Olhos da FUBOG para a realização de avaliação clínica e laboratorial para transplantes. (Anexar
cópia do Termo de Autorização de Doação de Tecido Ocular).

RDC ANVISA nº 707/2022 e Resolução COFEN nº 710/2022.

Data da enucleação: ____/____/____ Horário: ____:____ h Responsável: _____

6. INTERCORRÊNCIAS

Reconstrução adequada: Sim () Não () Edema de pálpebra: Sim () Não ()

Hematoma periorbital pós hemorragia ocular: Sim () Não () Outras: _____

Assinatura e carimbo do plantonista da CET (quando acompanhar): _____