

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO - POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS OCULARES

1- Local de notificação: () HUGO () HUGOL () HEANA () Outro: _____

2- Responsável pela notificação:

Nome: _____ Função: _____

Unidade/Hospital: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

Fone da unidade: _____

3- Identificação do potencial doador:

Nome: _____

DN: ____/____/____ Idade: ____ sexo: () masc. () fem. Data do óbito: ____/____/____ Horário: ____:____

Diagnóstico de admissão: _____

Causa do óbito: _____

Está sob refrigeração: () Sim () Não Tempo de refrigeração: _____

4- Contra-indicação absoluta:

- | | | |
|---|---|--|
| () Infecção sistêmica não controlada na hora do óbito () Idade <02 anos ou >80 anos () Tempo excedido > 6h s/refrigeração () Causa da morte não definida () Uso de drogas injetáveis ou lesões sugestivas de uso () Hepatites Virais (B e C), HIV ou HTLV () Retinoblastoma (tumor ocular) () Tumores malignos no segmento anterior do olho () Dengue, chikungunya ou Zika vírus nos últimos 30 dias | () Demência progressiva rápida ou doenças neuro-vegetativas de causa desconhecida (Epilepsia, Alzheimer, Parkinson e outras) () Neoplasias hematológicas (leucemias, mieloma, linfoma) () Portador de Síndrome de Reye, Raiva ou Rubéola congênita () Portador de Creutzfeldt Jakob (vaca louca) () Uso de imunossupressores no momento do óbito () Uso de hormônios de crescimento (de origem humana ou de hipofisário não recombinante) no momento do óbito () Piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva nos últimos 12 meses | () Transplante de órgão, xenotransplante ou dura mater humana () Neurocirurgia por motivo desconhecido () Transplante de tecido ocular (ambos os olhos) Nos últimos 6 meses: () Hemodiálise, dialise peritoneal ou parceiro () Uso de hemoderivados (albumina humana, imunoglobulina e fatores de coagulação) ou seus parceiros () Febre amarela () Encarceramento privado por mais de 72h seguidas ou parceiros () Prática sexual de risco ou parceiro |
|---|---|--|

5- Observações clínicas

Ocorreu transfusão sanguínea no período de internação? () SIM, data: ____/____/____ () NÃO

Hemoderivado: _____ nº de bolsas: _____

Hemocultura Positiva: () NÃO () SIM, data da coleta: ____/____/____ Germe isolado: _____

Exames laboratoriais dos últimos 3 dias (se possível):

| | | |
|---|---|---|
| Data: ____/____/____ Leucócitos: _____ Bastões: _____ | Data: ____/____/____ Leucócitos: _____ Bastões: _____ | Data: ____/____/____ Leucócitos: _____ Bastões: _____ |
|---|---|---|

Febre/infecção: () SIM, por quantos dias: _____ () NÃO

Uso de antibióticos: () SIM () NÃO Qual: _____ Tempo/dose: _____

Alterações no tecido ocular: () NÃO () SIM Qual? _____

6- Doação autorizada: () SIM () NÃO (Identifique abaixo) Enucleação realizada: () SIM () NÃO

7- Doação não autorizada devido:

| | | |
|---|--|--|
| () Exclusão clínica Qual: (De acordo com o item 4) | NEGATIVA FAMILIAR () Desconhecimento do desejo do potencial doador () Doador contrário a doação em vida () Familiares indecisos () Familiares desejam o corpo íntegro () Familiares descontentes com o atendimento () Receio de demora na liberação do corpo () Convicções religiosas () Outros: _____ | PROBLEMAS LOGÍSTICOS/ESTRUTURAIS () Equipe de retirada não disponível () Família não localizada () Deficiência estrutural da instituição () Sem identificação () Outros: |
|---|--|--|

8- Observações: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Cargo: _____ Assinatura e carimbo: _____