

## RELATÓRIO DE CAPTAÇÃO

**ÓRGÃO:** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Hospital de Notificação da ME:			OPO:		
RGCT:					
Nome completo do doador:					
Data de Nascimento: / /		Idade:		Tipo Sanguíneo: A( ) B( ) O( ) AB( )	
Sexo: M( ) F( )	Peso:	Estatura:		Fator RH:( )positivo ( )negativo	
Causa do Óbito:					
Data do Óbito: / /			Hora do Óbito (última etapa): ___:___h		
Hospital Captador:					

### RELATÓRIO MÉDICO

Cirurgião: \_\_\_\_\_

	DATA	HORA		QUANTIDADE (ml)	LÍQUIDO	LOTE	VALIDADE
Início da captação			Meio de perfusão "in situ"				
Clampeamento da aorta			Meio de perfusão em banco				
Início da perfusão							

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Cirurgião 1  
(assinatura e carimbo)

\_\_\_\_\_  
Cirurgião 2  
(assinatura e carimbo)