

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA (TDME)
(Resolução do CFM N° 2.173/2017 Anexo II)

Hospital:	CNES:	
Município do Hospital:	UF:	
Paciente:	DN:	
N° Prontuário:	Sexo: () Fem. () Masc. RGCT:	Idade:
Documento do Paciente: () CPF () RG () Cert. de Nasc. () Outro	N°	
Nome da mãe:		

1. CAUSA DO COMA	Diagnóstico Principal:	CID:
	Diagnóstico Secundário:	CID:
Confirmação: () TC () RM () ANGIOTOMOGRAFIA () Outro:		

2. PRÉ-REQUISITOS	SIM	NÃO
1. Presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar a morte encefálica?		
2. Ausência de causas tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica?		
3. Tratamento e observação hospitalar por tempo ≥ 6 horas OU ≥ 24 horas em encefalopatia hipóxico-isquêmica?		
4. Temperatura corporal MAIOR que 35°C?		
5. Saturação O ₂ MAIOR que 94%?		
6. PAS ≥ 100 mmHg ou PA média ≥ 65 mmHg ou pela faixa etária (< 16 anos)?		
7. Ausência de drogas depressoras do sistema nervoso central e de bloqueadores neuromusculares?		

3. PRIMEIRO EXAME CLÍNICO				
Coma não perceptivo? ()SIM ()NÃO	Data: / /	Hora: : :	PA(mmHg):	Temp.(°C):

EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)								
DIREITO	SIM	NÃO	NT	ESQUERDO	SIM	NÃO	NT	
Pupila fixa e arreativa				Pupila fixa e arreativa				
Ausência de reflexo córneo-palpebral				Ausência de reflexo córneo-palpebral				
Ausência de reflexo óculo-cefálico				Ausência de reflexo óculo-cefálico				
Ausência de reflexo vestibulo-calórico				Ausência de reflexo vestibulo-calórico				
Ausência de reflexo de tosse								

*Justifique o motivo de não ter testado o reflexo (NT): _____

Médico (Nome completo e legível):	CRMGO:	Assinatura Identificada:
-----------------------------------	--------	--------------------------

4. TESTE DE APNEIA		() EXAMINADOR 1	() EXAMINADOR 2
Data: / /	Hora: : :	PA(mmHg):	Temp. (°C):

PaCO₂	Inicial:	PaO₂	Inicial:
	Final:		Final:

AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS COM PaCO₂ MAIOR QUE 55mmHg? ()SIM ()NÃO			
Médico (Nome completo e legível):	CRMGO:	Assinatura Identificada:	

5. SEGUNDO EXAME CLÍNICO				
Coma não perceptivo? ()SIM ()NÃO	Data: / /	Hora: : :	PA(mmHg):	Temp.(°C):

EXAME NEUROLÓGICO (EXAME DOS REFLEXOS)								
DIREITO	SIM	NÃO	NT	ESQUERDO	SIM	NÃO	NT	
Pupila fixa e arreativa				Pupila fixa e arreativa				
Ausência de reflexo córneo-palpebral				Ausência de reflexo córneo-palpebral				
Ausência de reflexo óculo-cefálico				Ausência de reflexo óculo-cefálico				
Ausência de reflexo vestibulo-calórico				Ausência de reflexo vestibulo-calórico				
Ausência de reflexo de tosse								

*Justifique o motivo de não ter testado o reflexo (NT): _____

Médico (Nome completo e legível):	CRMGO:	Assinatura Identificada:
-----------------------------------	--------	--------------------------

6. EXAME COMPLEMENTAR			
Data: / /	Hora: : :	PA(mmHg):	Temp. (°C):

Tipo: () DTC () EEG () ANGIOGRAFIA () CINTILOGRAFIA () OUTRO:			
AUSÊNCIA DE PERFUSÃO SANGUÍNEA OU DE ATIVIDADE METABÓLICA OU ELÉTRICA? ()SIM ()NÃO			

Médico (Nome completo e legível):	CRMGO:	Assinatura Identificada:
-----------------------------------	--------	--------------------------

A. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

IDADE	PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
	Sistólica	PAM
Até 5 meses incompletos	60	43
De 5 meses a 2 anos incompletos	80	60
De 2 anos a 7 anos incompletos	85	62
De 7 anos a 15 anos	90	65
16 anos em diante	100	65

B. INTERVALOS ENTRE OS EXAMES CLÍNICOS

Intervalo entre os Exames Clínicos	Mínimo
7 dias completos (recém-nato a termo) a 2 meses incompletos	24 horas
De 2 meses a 24 meses incompletos	12 horas
Mais de 24 meses	01 hora

TESTE DE APNEIA
A. Técnica:

- 1) Ventilação com FIO₂ de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir idealmente PaO₂ igual ou maior a 200 mmHg e PaCO₂ entre 35 e 45 mmHg;
- 2) Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial);
- 3) Desconectar ventilação mecânica;
- 4) Estabelecer fluxo contínuo de O₂ por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6L/m) ou tubo T (12L/m) ou CPAP (até 12L/m + até 10cm H₂O);
- 5) Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO₂ de 3 mmHG/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário.
- 6) Colher gasometria arterial final.
- 7) Reconectar ventilação mecânica.

B. Interrupção do teste:

Caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100mmHg ou PA média < que 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste. Se a PaCO₂ final for inferior a 56 mmHG, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste.

C. Interpretação dos resultados

- 1) **Teste positivo (presença de apneia)** - PaCO₂ final superior a 55mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos.
- 2) **Teste inconclusivo** - PaCO₂ final menor que 55mmHg, sem movimentos respiratórios.
- 3) **Teste negativo (ausência de apneia)** - presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO₂. Atentar para o fato de que em pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.

D. Formas alternativas de realização do teste de apneia:

Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO₂ sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que não toleram a desconexão do ventilador:

- 1) Conectar ao tubo orotraqueal uma peça T acoplada em uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP - continuous positive airway pressure) com 10cm H₂O e fluxo de oxigênio a 12L/minuto.
- 2) Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H₂O e fluxo de oxigênio entre 10-12 L/minuto. O teste de apneia não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP, o que resulta em hipoxemia.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
1 Comunicação aos Familiares ou Responsável Legal

Os familiares do paciente ou seu responsável legal deverão ser adequadamente esclarecidos, de forma clara e inequívoca, sobre a situação crítica do paciente, o significado da ME, o modo de determiná-la e também sobre os resultados de cada uma das etapas de sua determinação. Esse esclarecimento é de responsabilidade da equipe médica assistente do paciente ou, na sua impossibilidade, da equipe de determinação de ME.

Será admitida a presença de médico de confiança da família do paciente para acompanhar os procedimentos de determinação de ME, desde que a demora no comparecimento desse profissional não inviabilize o diagnóstico. Os contatos com o médico escolhido serão de responsabilidade dos familiares ou do responsável legal. O profissional indicado deverá comparecer nos horários estabelecidos pela equipe de determinação da ME.

A decisão quanto à doação de órgãos somente deverá ser solicitada aos familiares ou responsáveis legais do paciente após o diagnóstico da ME e a comunicação da situação à eles.

2 Termo de Declaração de Morte Encefálica

2.1 A equipe médica que determinou a morte encefálica (ME) deverá registrar as conclusões dos exames clínicos e os resultados dos exames complementares no **Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME)** ao término de cada etapa e comunicá-la ao médico assistente do paciente ou a seu substituto.

2.2 Esse termo deverá ser preenchido em duas vias.

2.3 A 1ª via deverá ser arquivada no prontuário do paciente, junto com o(s) laudo(s) de exame(s) complementar(es) utilizados na sua determinação.

2.4 A 2ª via ou cópia deverá ser encaminhada à Central Estadual de Transplantes (CET), complementarmente à notificação da ME, nos termos da Lei nº 9434/1997, art. 13. Nos casos de morte por causa externa, uma cópia da declaração será necessariamente encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML).

2.5 A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), a Organização de Procura de Órgãos (OPO) ou a CET deverão ser obrigatoriamente comunicadas nas seguintes situações:

a) possível morte encefálica (início do procedimento de determinação de ME)

b) após constatação da provável ME (1º exame clínico e teste de apneia compatíveis) e;

c) após confirmação da ME (término da determinação com o 2º exame clínico e exame complementar confirmatórios).

2.6 A **Declaração de Óbito (DO)** deverá ser preenchida pelo médico legista nos casos de morte por causas externas (acidente, suicídio ou homicídio), confirmada ou suspeita. Nas demais situações caberá aos médicos que determinaram o diagnóstico de ME ou aos médicos assistentes ou seus substitutos preenchê-la. A data e a hora da morte a serem registradas no DO deverão ser as do último procedimento de determinação da ME, registradas no **Termo de Declaração de Morte Encefálica (TDME)**.

2.7 Constatada a ME, o médico tem autoridade ética e legal para suspender procedimentos de suporte terapêutico em uso e assim deverá proceder, exceto se doador de órgãos, tecidos ou partes do corpo humano para transplante, quando deverá aguardar a retirada dos mesmos ou a recusa à doação (Resolução CFM nº 1.826/2007). Essa decisão deverá ser precedida de comunicação e esclarecimento sobre a ME aos familiares do paciente ou seu representante legal, fundamentada e registrada no prontuário.