

AVALIAÇÃO CLÍNICA, FÍSICA E SOCIAL DO POTENCIAL DOADOR DE TECIDOS OCULARES

1- DADOS DO DOADOR

Nome do doador:		RICT:	
Idade:	Gênero:	CPF:	Nº. da DO:
Data da avaliação: ____/____/____		Hora: ____:____	Instituição:
Causa do óbito:		Código do B.O.:	
Data Parada Cardiorrespiratória (PCR): ____/____/____		Hora: ____:____ h	
Data da Morte Encefálica (ME): ____/____/____		Hora: ____:____ h	

2- CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	NÃO	SIM		NÃO	SIM
01- Causa da morte indeterminada ou Doença ou história de etiologia desconhecida.			09- Tumores malignos oculares (retinoblastoma, melanoma ocular, carcinoma ocular).		
02- Intoxicações exógenas de causa indeterminada.			10- Tumores do sistema nervoso central de alto grau (Glioblastoma multiforme, astrocitoma grau III/IV).		
03- Portador de HIV I e II, HTLV I e II, hepatite B ou C.			11- Transplante de órgão, xenotransplante (órgãos ou tecidos de origem animal).		
04- Portador de demência progressiva rápida ou doenças neurodegenerativas de causa desconhecida (Alzheimer, Parkinson e outras).			12- Receptores de tecido ocular bilateral ou duramater.		
05- Infecção não controlada no momento do óbito (viral, bacteriana, fúngica ou parasitária), sepse ou choque séptico.			13- Uso de imunossupressores (com comprovação nos últimos 6 meses).		
06- Terapia renal substitutiva crônica (hemodiálise ou diálise peritoneal).			14- Uso de hormônio de crescimento (de origem humana ou hipofisária não recombinante) no momento do óbito.		
07- Tuberculose (suspeita ou confirmada), ou outras micobactérias em atividade.			15- Portador de Síndrome de Reye, raiva ou rubéola congênita.		
08- Neoplasias hematológicas (leucemias, mieloma múltiplo, linfoma).			16- Portador de doença de Creutzfeldt-Jakob.		
			17- Inflamação ocular ou intraocular ativa: conjuntivite, ceratite, esclerite, irite, uveíte, vitreíte, coroidite ou retinite).		

CONCLUSÃO: É CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA (se houver marcação SIM para qualquer dos itens acima). (RDC 707/2022)

3- AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA (ÚLTIMOS 6 A 12 MESES)	NÃO	SIM		NÃO	SIM
1- Presença de piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva recente (< 6 meses).			7- Histórico de febre amarela.		
2- Encarceramento ou confinamento não domiciliar superior a 72 horas consecutivas (ou seus parceiros).			8- Óbito causado ou relacionado à COVID-19?		
3- Uso de drogas injetáveis ou presença de lesões sugestivas do uso			9- Teste positivo para COVID-19, diagnóstico de COVID ativa ou suspeita clínica nos últimos 10 dias ou no dia do óbito?		
4- Sexo em troca de dinheiro ou drogas.			10- Sintomas gripais ou respiratórios nos últimos 10 dias? (Ex.: febre, tosse, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, calafrios, dor muscular, cefaléia, vômitos ou diarreia) Se sim, quais:		
5- Parceiro sexual portador de HIV, Hepatite B ou C.			11- Uso terapêutico de tecido nos últimos 6 meses.		
6- Vítima de violência sexual.					

A presença de resposta SIM nos itens acima não determina inelegibilidade. É necessária avaliação considerando histórico clínico, dados laboratoriais e avaliação médica. (RDC 707/2022)

4- CRITÉRIOS RELATIVOS	NÃO	SIM	
1- Lesões de mucosas, pele, genitais, anais, perigenitais ou perianais.			Onde?
2- Cicatrizes ou incisões cirúrgicas anteriores.			Causa?
3- Icterícia.			Motivo?
4- Hepatomegalia.			Motivo?
5- Linfadenopatia difusa (aumento dos linfonodos).			Motivo?
6- História de doença crônica, sistêmica ou auto-imune.			Qual?
7- Viagem fora de Goiás nos últimos 12 meses?			Onde? Quando?
8- Vacinação nos últimos 12 meses?			Quando? Qual?
9- Ingestão/exposição à substâncias tóxicas nos últimos 12 meses.			Qual? Quando?
10- Transfusão de sangue / hemoderivados nos últimos 06 meses (ou seus parceiros).			Quando?
11- Transfusão sanguínea nas últimas 48 horas?			Se SIM, realizar cálculo de hemodiluição e anexar.
12- Uso de antibiótico nas últimas 72 horas.			Motivo? Qual? Dose?
13- Droga vasoativa no dia do óbito (enviar ao BTOC último hemograma).			Tipo: Dose em ml/h:

Intercorrências durante a internação:		
Tempo de internação:	Internação em UTI: () SIM () NÃO	Ventilação mecânica: () SIM () NÃO

5- DECISÃO FINAL:

Triagem documental: () Conforme () Não conforme	Triagem Clínica: () Conforme () Não conforme
Doador elegível () Doador não elegível () Motivo de doador não elegível: _____	
Responsável pela triagem (assinatura e carimbo): _____	
OPO () e-DOT () FUBOG () CEROF () Outros () _____	