

ENTREVISTA FAMILIAR PARA DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR

1. Potencial Doador: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Idade: ____ anos Sexo: ()Fem. ()Masc.

Instituição onde se encontra o potencial doador: _____

2. Comunicação da morte à família:

Data: ____/____/____ Horário: ____:____ Médico(a): _____

3. Entrevista

Data: ____/____/____ Horário: ____:____

4. Familiar(es) entrevistado(os) / Nome(s):

() Mãe _____

() Pai _____

() Filho(s) _____

() Irmão(s) _____

() Cônjuge _____

() Outros _____

5. Doação:

() **SIM**

Fatores facilitadores: _____

() **NÃO**

Motivos da recusa

() Desconhecimento do desejo do potencial doador

() Não doador em vida

() Familiares desejam o corpo íntegro

() Familiares indecisos

() Familiares descontentes com o atendimento

() Receio da demora na liberação do corpo

() Convicções religiosas

() Outros: _____

Observações:

6. Profissionais responsáveis pela entrevista:

Nome: _____

Cargo/Função: _____

Nome: _____

Cargo/Função: _____

OPO () e-DOT () FUBOG () CEROF () Outros () _____

Assinatura e carimbo do entrevistador