

CEROF
HOSPITAL DE OLHOS DA UFGUFG
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁSSES
Secretaria de
Estado da
Saúde

CET.CCOT.026 FI 1 Ed. 06.2026

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 (horas): _____

4- Contraindicação absoluta:

- | | | |
|---|---|---|
| () Infecção sistêmica não controlada na hora do óbito. | () Neoplasias hematológicas (leucemias, mieloma múltiplo, linfoma). | () Terapia renal substitutiva crônica (hemodiálise ou diálise peritoneal) |
| () Idade <02 anos ou >80 anos. | () Portador de Síndrome de Reye, Raiva ou Rubéola congênita. | () Transplante de tecido ocular (ambos os olhos). |
| () Tempo excedido > 6h s/refrigeração. | () Portador de Creutzfeldt-Jakob (doença da vaca louca). | () Tumores malignos no segmento anterior do olho. |
| () Causa da morte não definida. | () Uso de imunossupressores (com comprovação nos últimos 6 meses) | () Retinoblastoma (tumor ocular). |
| () Uso de drogas injetáveis ou lesões sugestivas de uso. | () Uso de hormônios de crescimento (de origem humana) no momento do óbito. | Nos últimos 6 meses: |
| () Hepatites Virais (B e C), HIV ou HTLV | () Transplante de órgão, xenotransplante ou dura mater humana. | () Piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva recente (< 6 meses) |
| () Dengue e chikungunya nos últimos 30 dias ou Zika vírus nos últimos 120 dias. | () Neurocirurgia por motivo desconhecido. | () Uso de hemoderivados (albumina humana, imunoglobulina e fatores de coagulação) ou seus parceiros. |
| () Demência progressiva rápida ou doenças neuro-vegetativas de causa desconhecida (Alzheimer, Parkinson e outras). | | () Prática sexual de risco ou parceiro. |

5- Observações clínicas

Ocorreu transfusão sanguínea nas últimas 48h antes do óbito? () NÃO () SIM (fazer o cálculo de hemodiluição)

Hemodiluído? () NÃO () SIM

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

Exames laboratoriais dos últimos 3 dias (se possível):

Data: ____/____/____	Data: ____/____/____	Data: ____/____/____
Leucócitos: _____	Leucócitos: _____	Leucócitos: _____
Bastões: _____	Bastões: _____	Bastões: _____

Febre ou infecção: () NÃO () SIM Se sim, por quantos dias: _____

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

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

6- Abordagem familiar: () SIM () NÃO Doação autorizada: () SIM () NÃO (justifique abaixo)**7- Doação não realizada 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 () Familiares contra a doação () Outros: _____	PROBLEMAS LOGÍSTICOS/ESTRUTURAIS () Equipe de retirada não disponível () Família não localizada () Deficiência estrutural da instituição () Doador sem identificação () Outros: _____
--	--	---

8- Observações: _____

Responsável pelo preenchimento: _____ Data ____/____/____ Hora: ____:____

Cargo: _____ Assinatura e carimbo: _____