

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: _____

4- Contra-indicação absoluta:

- | | | |
|--|---|---|
| () Infecção sistêmica não controlada na hora do óbito. | () Demência progressiva rápida ou doenças neuro-vegetativas de causa desconhecida (Alzheimer, Parkinson e outras). | () Transplante de órgão, xenotransplante ou dura mater humana. |
| () Idade <02 anos ou >80 anos. | () Neoplasias hematológicas (leucemias mieloma múltiplo, linfoma). | () Neurocirurgia por motivo desconhecido. |
| () Tempo excedido > 6h s/refrigeração. | () Portador de Síndrome de Reye, Raiva ou Rubéola congênita. | () Transplante de tecido ocular (ambos os olhos). |
| () Causa da morte não definida. | () Portador de Creutzfeldt Jakob (vaca louca). | |
| () Uso de drogas injetáveis ou lesões sugestivas de uso. | () Pacientes imunossuprimidos com comprovação | Nos últimos 6 meses: |
| () Hepatites Virais (B e C), HIV ou HTLV | () Uso de hormônios de crescimento (de origem humana ou de hipofisário não recombinante) no momento do óbito. | () Hemodiálise, dialise peritoneal ou parceiro. |
| () Retinoblastoma (tumor ocular). | () Piercing, tatuagem ou maquiagem definitiva nos últimos 12 meses. | () Uso de hemoderivados (albumina humana, imunoglobulina e fatores de coagulação) ou seus parceiros. |
| () Tumores malignos no segmento anterior do olho. | | () Febre amarela. |
| () Dengue e chikungunya nos últimos 30 dias ou Zika vírus nos últimos 120 dias. | | () Encarceramento privado por mais de 72h seguidas ou parceiros. |
| | | () Prática sexual de risco ou parceiro. |

5- Observações clínicas

Ocorreu transfusão sanguínea no período de internação? () SIM, data: ____/____/____ () NÃO

Hemoderivado: _____ nº de bolsas: _____

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/infecção: () SIM, por quantos dias: _____ () NÃO

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

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

6- Doação autorizada: () SIM () NÃO (Identifique abaixo) Enucleação realizada: () SIM () NÃO

7- Doação não autorizada 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 () Outros: _____	PROBLEMAS LOGÍSTICOS/ESTRUTURAIS () Equipe de retirada não disponível () Família não localizada () Deficiência estrutural da instituição () Sem identificação () Outros:
---	---	---

8- Observações: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Cargo: _____ Assinatura e carimbo: _____