

COLETA DA AMOSTRA SANGÜÍNEA PARA TRIAGEM SOROLÓGICA
CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

INFORMAÇÕES DOADOR

Nome completo do Doador _____ RGCT: _____
Data nascimento _____ Idade _____ Peso _____

COLETA DA AMOSTRA SANGÜÍNEA

Amostra enviada ao laboratório de apoio para sorologia () Amostra enviada ao banco de tecidos ou a CET-PR ()

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Responsável: _____ Tel.: () _____

Acesso exclusivo para coleta da amostra sanguínea? () Sim
() Não - Volume inicial desprezado? () Sim Quanto? _____ mL
() Não

ENVIO DA AMOSTRA AO BANCO DE TECIDOS

Acondicionamento da amostra sanguínea na caixa térmica junto com o tecido doado

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Responsável: _____ Tel.: () _____

A amostra foi mantida refrigerada desde sua coleta até ser acondicionada na caixa térmica com o órgão doado?

Sim () Não ()

HISTÓRIA DE INFUSÕES ANTES DA COLETA DA AMOSTRA

Volume total de SANGUE infundido nas últimas 48 horas		Volume total de COLÓIDES infundidos nas últimas 48 horas		Volume total de CRISTALÓIDES infundidos na última 1 hora	
Concentrado hemácias	mL	Dextran	mL	Solução salina	mL
Sangue total	mL	Plasma	mL	Solução glicosada	mL
Sangue reconstituído	mL	Plaquetas	mL	Ringer lactato	mL
		Albumina	mL	Outros	mL
		Amido hidroxietílico	mL		
		Outros	mL		
TOTAL A	mL	TOTAL B	mL	TOTAL C	mL

CÁLCULO DE HEMODILUIÇÃO

Volume do plasma (VP) **Volume de sangue (VS)**
Peso do Doador (kg) _____ = _____ mL Peso do Doador (kg) _____ = _____ mL
0,025 0,015

AValiação DA HEMODILUIÇÃO

B + C > VP Sim () Não () **A + B + C > VS** Sim () Não ()

- Caso as respostas de ambas as perguntas sejam negativas, teste a amostra;
- Caso uma das respostas seja positiva: Nos casos de **PCR** consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, rejeite o doador. Nos casos de **ME**, consultar a disponibilidade de amostra pré transfusão, se não houver, consultar a OPO/CET-PR sobre o intervalo a ser aguardado para refazer o cálculo.

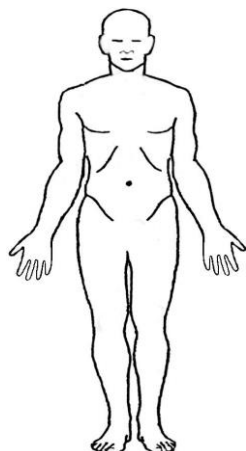
Resultado: AMOSTRA ACEITA () AMOSTRA RECUSADA ()

Responsável pela avaliação da hemodiluição	Cargo/Função	Fone/Celular	Assinatura

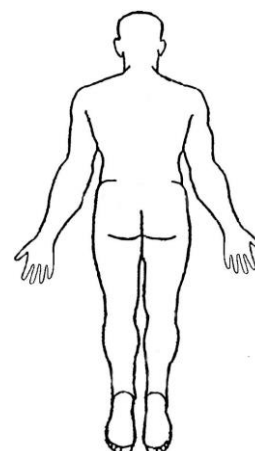
EXAME FÍSICO DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Responsável pela Avaliação Física

Nome:	Cargo/Função:	Fone:
Assinatura:	Data:	
Doador:	RGCT:	
Peso:	Altura:	Circunferência Torácica:



Colocar os números correspondentes
aos achados de exame físico



Alguma evidência de:		SIM	NÃO	Caso sim, especifique ou informe se impossível visualizar
01	Cicatrizes cirúrgicas/traumáticas anteriores ao evento da captação de órgãos (especificar)			
02	Trauma (crânio, abdominal, tórax...)ou sinais de infecção no local da retirada			
03	Fraturas/Gesso/Aparelhos Ortopedicos			
04	Coloração amarelada de pele, mucosa, esclera			
05	Alterações cutâneas (manchas pigmentadas ou avermelhadas irregulares, espinhas disseminadas, crostas ou feridas abertas, vermelhidão ou sinais de coceira)			
06	"Rash" cutâneo ou petéquias generalizadas			
07	Manchas (avermelhadas, azuis, roxas, marrons, pretas) ou lesões na pele			
08	Hematoma/Lesão/Abrasão/Laceração/Ferida/Ulcera			
09	Tatuagem ou maquiagem definitiva (descrever)			
10	Piercing (descrever)			
11	Marcas de agulha não relacionadas a uso médico (ver se não estão encobertas pelas tatuagens)			
12	Local de entrada de agulhas relacionado ao uso medico.			
13	Tubo orotraqueal/Nasogástrico/Sonda Vesical			
14	Flebotomia/intracath (acesso venoso)/acesso arterial			
15	Lesões genitais, e/ou perianais			
16	Fígado aumentado			
17	Nódulos linfáticos aumentados			
18	Placas brancas na boca (monilíase)			
19	Tumorações (aumento de volume, massas, adenopatias)			
20	Achado ocular anormal			
21	Caquexia ou desnutrição			
22	Outras (descrever)			
23	Boa higiene pessoal			

Doador: _____ RGCT: _____

EXAME FÍSICO PARA DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

	OLHO DIREITO			OLHO ESQUERDO		
	Sim	Não	Descrever	Sim	Não	Descrever
Refrigeração tópica						
Pálpebras fechadas						
Cicatriz						
Secreção						
Icterícia						
Edema palpebral						
Pterígio						
Melanoma						
Corpo estranho						
Desidratação						
Infecção ou inflamação						
Trauma						
Doador submetido a cirurgia ocular						
Outros:						
Achado ocular anormal						
Pálpebra superior						
Pálpebra inferior						
Conjuntiva						
Córnea						

Comentários Relevantes do Examinador

Assinatura do Responsável pelo Exame Físico

HISTÓRIA MÉDICA E SOCIAL DO DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Nome do Doador:		Data:		
Nome do Entrevistado:		Fone:		
Relação com Doador:				
Nome do Entrevistador:		Cargo/Função:		
Assinatura:		Fone/Celular:		
QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	Você acha que conheceu o doador suficientemente para responder perguntas pessoais a seu respeito?			
02	Qual a ocupação (trabalho) do doador?			
03	Qual o grau de escolaridade do doador?			
04	O doador era portador de alguma doença? (ex.câncer, tuberculose, hepatite, hipertensão, hemofilia, artralgia, edema articular, hiperemia conjuntiva, diabetes – especificar tipo I ou II) e diabetes em parente de 1º grau?			
05	Teve alguma enfermidade neurológica ou degenerativa?(ex. coréia, miastenia gravis, Creutzfeld-Jacob, panencefalite subaguda esclerosante, encefalite, encefalopatia, esclerose múltipla, Parkinson, Alzheimer)			
06	Foi hospitalizado ou fez algum tratamento de saúde nos últimos dois anos? Qual o motivo?			
07	Tomava algum medicamento regularmente? (ex. imunossupressor, corticosteróides, anti-hipertensivo, antidepressivo, insulina, anticoagulante, outros, ...)			
08	Fazia Quimioterapia ou Radioterapia? Há quanto tempo?			
09	Fez tratamento com hormônio de crescimento? E Qual?			
10	Foi submetido a transplante de órgãos ou tecido? Quando?			
11	Esteve exposto ou foi contaminado por algum tipo de substância tóxica nos últimos 12 meses? (cianeto, mercúrio, chumbo, ouro)			
12	Recebeu algum tipo de vacina ou reforço nos últimos 12 meses? Qual? Quando?			
13	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente?			
14	Realizou tatuagem, acupuntura, maquiagem definitiva, adereços corporais ou fez retoques? Se sim, especificar o tempo e local onde fez.			
15	Fazia hemodiálise crônica ou diálise peritoneal? Ou seu parceiro sexual? Qual?			
16	Consumia álcool regularmente? Há quanto tempo? Especifique o tipo.			
17	Fumava? Quanto? Há quanto tempo?			
18	Estava perdendo peso, com suores exagerados, febre continua ou diarreia persistente nos últimos 12 meses? Causa conhecida?			
19	Residiu ou visitou regiões endêmicas de malária? (Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia, Roraima e Tocantis) Quando?			
20	Apresentou sintomas de H1N1, dengue, Zika ou Chikungunya nos últimos 30 dias? (dor e/ou inchaço nas articulações ou vermelhidão nos olhos).			
21	Apresentava alguma doença sexualmente transmissível como sífilis, AIDS...?			
22	Fez uso de drogas injetáveis ou inalatórias ilícitas? Qual? Há quanto tempo?			
23	Aceitava dinheiro em troca de relações sexuais ou tinha relações com quem aceitava ?			
24	Tinha muitos parceiros sexuais?			
25	Relacionava-se intimamente com pessoas do mesmo sexo?			
26	Relacionava-se com pessoas portadoras de doenças como hepatite, AIDS, sífilis ou outra infecção transmissível pelo sangue?			

Doador: _____ RGCT: _____

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
27	O doador ou seus parceiros sexuais foram detidos nos últimos 12 meses? Por quanto tempo?			
28	Somente para doadores menores que 5 anos de idade			
	1. Estava sendo amamentado nos últimos 12 meses? Se sim, coletar sorologia da mãe			
	2. A mãe do doador (a) era portadora ou pertencia a grupo de risco para HIV ou hepatite?			
	3. Vacinas recentes? Quais? (anexar cópia da carteira de vacinação).			

DOADOR DE GLOBOS OCULARES/CÓRNEAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença nos olhos? (ex. Catarata, ceratocone, ceratogloblo, retinoblastoma)			
02	Fez alguma cirurgia nos olhos? (ex. cirurgia de miopia, pterígio)			
03	Teve algum trauma nos olhos?			
04	Teve algum tipo de infecção nos olhos? (ex. herpes ocular)			
05	Teve raiva ou foi mordido por algum animal recentemente ou recebeu vacina para raiva? Quando?			
06	Teve leucemia, linfoma ou algum outro tipo de tumor?			
07	Teve alguma doença viral como rubéola congênita, sarampo, caxumba?			

DOADOR DE CORAÇÃO PARA VALVAS

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Teve endocardite bacteriana ou fúngica?			
03	Tem Síndrome de Down, Edwards, Patau, Marfan?			
04	Teve doença em alguma das valvas do coração?			
05	Teve miocardiopatia viral?			
06	Fez alguma cirurgia cardíaca prévia?			
07	Tem história de moléstia reumática? Faz uso mensal de Benzetacil?			
08	Teve ferimento cardíaco penetrante?			
09	Fez uso de cateter intracavitário cardíaco?			
10	Teve trauma de tórax?			

DOADOR DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS (OSSOS)

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	O doador teve alguma doença reumática ou autoimune? (ex. Lúpus, artrite reumatóide, diabetes tipo I, outra)			
02	Fez alguma cirurgia ortopédica prévia ou apresentou alguma fratura?			
03	Foi submetido à biópsia de tumor ósseo?			
04	Teve osteomielite?			

DOADOR DE PELE

QUESTIONÁRIO		SIM	NAO	SE SIM, ESPECIFICAR
01	É colonizado por germes multirresistentes?			
02				

Comentários relevantes do entrevistador

Assinatura do entrevistador

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPLANTES DO PARANÁ

Rua Barão do Rio Branco, 465 – 1º Andar – Centro – Curitiba - CEP 80010-180 – Paraná - Fone: (41) 3304-1900 Fax: (41) 3304-1909
www.saude.pr.gov.br / e-mail: sesatran@sesa.pr.gov.br/plantaocetr@sesa.pr.gov.br

RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS

Data: _____ / _____ / _____	RGCT: _____ - _____
Local de Retirada: _____	Cidade/UF: _____ / _____
Doador: _____	
Centro Cirúrgico: () SIM () NÃO	
Coordenador da Sala de Cirurgia: _____	CPF: _____
Óbito: _____	Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____:____
Clampeamento (ME): _____	Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____:____

RELATORIO DE RETIRADA DE TECIDO OCULARES

Serviço Responsável pela Retirada: _____
Nome do Profissional pela Retirada _____ Conselho: _____ Fone: _____
Encaminhando para BTOC : _____

Data da Retirada	Nº Tecidos/Globo Ocular	Córneas in situ
____ / ____ / ____		
Hora		
:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE CORAÇÃO PARA VALVAS

Data e Hora da Retirada: _____			
Serviço Responsável pela Retirada: _____			
01º Cirurgião: _____	CRM: _____	Fone: _____	
02º Cirurgião _____	CRM _____	Fone: _____	
Meio: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____
Embalagem primária: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____
Fio utilizado para lacrar a embalagem primária: _____	Fabricante: _____	Lote: _____	Validade: _____

Captado: Coração () Pericárdio () Vasos () Quais: _____

	SIM	NÃO	Especificar
Pericardite aguda ou crônica			
Ressuscitação cardiopulmonar			
Desfibrilação cardíaca			
Imersão do coração no soro gelado			Data: _____ Hora: _____
Acondicionamento do tecido na caixa térmica			Data: _____ Hora: _____

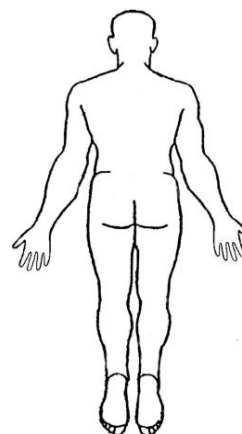
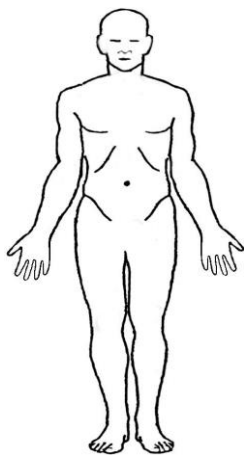
RELATÓRIO DE RETIRADA DE TECIDOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

Data e Hora da Retirada: _____								
Serviço Responsável pela Retirada: _____								
01º Cirurgião: _____			CRM: _____			Fone: _____		
02º Cirurgião _____			CRM _____			Fone: _____		
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ÚMERO			FIBULA			CALOTA CRANIANA		
FÉMUR			TÍBIA			TENDÃO PATELAR		
TALUS			ULNA			HEMIPELVE		
RADIO			CRISTA ILIACA			OUTROS:		

RELATÓRIO DE RETIRADA DE PELE

Doador: _____ **RGCT:** _____

Profissional do BPH:						Cargo/função:		
Assinatura:						Data: / /		Hora:
RETIRADA DE PELE:	☐	SIM	☐	NÃO	Pq.:			
Data e Hora da Retirada:								
Serviço Responsável pela Retirada:								
01º Cirurgião: _____						CRM: _____		Fone: _____
02º Cirurgião _____						CRM _____		Fone: _____
TIPO	D	E	TIPO	D	E	TIPO	D	E
ANTERIOR			POSTERIOR			OUTROS:		
SUPERIOR			SUPERIOR					
INFERIOR			INFERIOR					



Descrição Cirúrgica

Entrega do Corpo para Família

Horário: _____ : _____
 Responsável Entrega _____
 Responsável Recebimento _____