

HOSPITAL: _____ DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

Responsável pela notificação: _____

Contato com Banco de tecidos () Não () Sim Nome profissional do banco: _____

Descarte pelo Banco: () Não () Sim - Horário: ___:___ Motivo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: Feminino Masculino

Data do Internamento: ___/___/___ Data do Óbito: ___/___/___ Horário do Óbito: ___:___

Causa do Óbito conforme Declaração de Óbito:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

MOTIVO(S) DE INVIBILIDADE DO POTENCIAL DOADOR: causas familiares ou exclusão absoluta devem ser assinaladas nos respectivos campos. Motivos de exclusão relativos devem ser avaliados pelo banco.

ASSINALE ABAIXO QUAL MOTIVO FAMILIAR PARA NÃO DOAÇÃO DE TECIDOS OCULARES:

Recusa Familiar		Recusa Familiar		OUTROS	
<input type="checkbox"/>	Desconhecimento sobre a vontade do doador	<input type="checkbox"/>	Familiar indeciso	<input type="checkbox"/>	Família não localizada
<input type="checkbox"/>	Dissenso familiar	<input type="checkbox"/>	Familiar se recusa a explicar o motivo	<input type="checkbox"/>	Família não compareceu em tempo hábil
<input type="checkbox"/>	Doador contrário à doação em vida	<input type="checkbox"/>	Impedimento legal	<input type="checkbox"/>	Potencial doador sem identificação
<input type="checkbox"/>	Familiar contrário a doação	<input type="checkbox"/>	Motivo religioso	<input type="checkbox"/>	Equipe de retirada não disponível
<input type="checkbox"/>	Familiar descontente com o atendimento	<input type="checkbox"/>	Receio na demora para liberação do corpo	<input type="checkbox"/>	Outros (especificar nas observações)
<input type="checkbox"/>	Familiar deseja o corpo íntegro				

RELATÓRIO DA ENTREVISTA / OBSERVAÇÕES:

Local da entrevista familiar: () sala de acolhimento familiar () consultório () corredor () beira leito () recepção () outros: _____

Recebi informações referentes à possibilidade de doação de tecido ocular para transplantes

Nome do familiar entrevistado	Grau de parentesco	Telefone	Assinatura

**NOTIFICAÇÃO DO MOTIVO DE NÃO DOAÇÃO
DE TECIDOS OCULARES DO POTENCIAL DOADOR EM PCR
Óbitos Faixa Etária de 3 a 70 anos 11 meses e 29 dias**

ASSINALE ABAIXO QUAL FOI O MOTIVO DA EXCLUSÃO ABSOLUTA DE TECIDOS OCULARES

	Morte de causa indeterminada ou doença de etiologia desconhecida.
	Neoplasias hematológicas, retinoblastoma, ou tumor maligno no segmento anterior do olho.
	Doenças causadas por príons: Creutzfeldt-Jakob, demência progressiva rápida, doenças neurodegenerativas, tratamento com hormônio do crescimento.
	Receptor de órgão, córnea, esclera, dura máter ou xenotransplante.
	Infecção sistêmica não controlada - SEPSE (bacteriana, viral, fúngica ou parasitária), Infecção ocular ou do SNC.
	Hemodiluição (quando não estiver disponível uma amostra pré-transfusão) – preencher o cálculo de hemodiluição.
	Tatuagem / piercing / maquiagem definitiva (<12 meses).
	Drogas ilícitas (injetáveis).
	Prática sexual de risco nos últimos 6 meses - (sexo em troca de dinheiro / drogas, vítima de violência sexual; com uma ou mais parceiros ocasionais ou desconhecido; relação sexual com pessoa portadora de infecção pelo HIV, HBV, HCV ou outra infecção de transmissão sexual e sanguínea) - potencial doador ou parceiro sexual.
	HIV / AIDS, HTLV I - II ou Hepatite B - C.
	Síndrome de Reye, Raiva ou Rubéola congênita.
	Dengue, Chikungunya, Zika ou Febre Amarela.
	Coronavírus (COVID-19).
	Outras doenças virais (descrever nas observações).
	Encarceramento não domiciliar superior às 72h consecutivas nos últimos 6 meses.
	Uso de medicamentos hemoderivados (albumina, imunoglobulina, fatores VIII e IX da coagulação) nos últimos 6 meses.
	Terapia Renal Substitutiva Crônica - (Hemodiálise ou Diálise Peritoneal nos últimos 6 meses) – Doador ou parceiro (a) sexual.-- <u>HEMODIÁLISE NA INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA - PODE DOAR.</u>
	Vacinas – Coronavírus – COVID-19: Coronavac / Covaxin - nas últimas 48 hrs - não pode doar Astrazeneca / Pfizer / Jansen - nos últimos 7 dias - não pode doar.

Fonte: RESOLUÇÃO - RDC Nº 707, DE 1º DE JULHO DE 2022.

Se paciente hemodiluído, preencher o cálculo abaixo:

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) $\frac{\text{Peso do Doador (kg)}}{0,025} = \text{mL}$
 Volume de sangue (VS) $\frac{\text{Peso do Doador (kg)}}{0,015} = \text{mL}$

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.