



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES
REGULAMENTO TÉCNICO

ANEXO IV
FORMULÁRIO II
INFORMAÇÕES SOBRE O DOADOR

Data: / /	Hora:	CNCDO/OPO/CIHDOTT: MS	Falar com:					
Telefone p/ contato ()		Hospital:						
Nome:			RGCT					
Idade:	Sexo:	Cor:	ABO:					
		Peso Kg	Altura cm					
Causa da morte encefálica:			Dias de UTI:					
História e Evolução Clínica (incluir Doenças Auto-Imunes, Neoplasias, Aneurismas, AVCs, IAMs, etc.):								
Antecedentes Diabetes: () no doador () em parentes de 1º Grau informe (S=Sim N=Não I=Ignorado)								
() DPOC	() Hepatite Tipo ()	() Drogas	() Álcool					
Outros ()								
PCR: () Não () Sim min.		Intubado há () dias FiO2: %						
Diurese em 24hs: Diurese: ml/Kg/hora		PA: X mmHg						
Recebeu Sangue/ Hemoderivados () Não () Sim								
Drogas Vasoativas: () Não () Sim		() Dopamina mcg/Kg/min	() Dobutamina mcg/Kg/min					
		() Noradrenalina mcg/Kg/min						
Infecção: () Não () Sim		Antibiótico 1: Tempo	Antibiótico 2: Tempo					
Local:		Antibiótico 3: Tempo						
Hemocultura Positiva () Não () Sim Germe Isolado:								
Data	/	/	/	Data	/	/	/	
HB				TGO				RX Tórax
HT				TGP				
GB				Fos Alc				ECG
PLTS				GamaGT				
Uréia				Bil Total				ECO
Creat.				Bil Direta				
Na				FiO2				
K				Ph				
Glic.				PO2				Cateterismo
CPK				PCO2				
CK-MB				SatO2				
Amilase								
	RESULTADO	POSITIVO			RESULTADO	POSITIVO		
		IgM	IgG			IgM	IgG	
Chagas				HIV				
Anti-HCV				HTLV I-II				
HBs-Ag				TOXOPLASMOSE				
Anti-HBs				CITOMEGALOVIRUS				
Anti-HBc				VDRL				
Observações								
Retirada marcada para às: h do dia / /								

Responsável p/ Informações:

Data:

Assinatura:

Órgãos e Tecidos doados:

- () Coração
() Pâncreas
() Intestino
() Pele

- () Fígado
() Pulmão
() Osso
() Vasos

- () Rim
() Córnea
() Músculo/Tendão

OBS.: Preencher de forma eletrônica todos os dados, inclusive a história clínica, e as drogas vasoativas não marcar ml/h e sim mcg/kg/min.